

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1936

THÈSE N° 298

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Albert-Joseph COEN**

Né le 15 août 1904 à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

---

**DES FACTEURS DE GRAVITÉ**

**DE**

**L'OPÉRATION CÉSARIENNE BASSE**

**AU COURS DU TRAVAIL**

---

**Travail de la Clinique Baudelocque**

---

*Président : M. COUVELAIRE, Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

---

1936



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1936

**THÈSE**

N° —

POUR LE

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Albert-Joseph COEN**

Né le 15 août 1904 à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

---

**DES FACTEURS DE GRAVITÉ**

**DE**

**L'OPÉRATION CÉSARIENNE BASSE**

**AU COURS DU TRAVAIL**

---

**Travail de la Clinique Baudelocque**

---

*Président : M. COUVELAIRE, Professeur*

PARIS

**LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE**

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

---

1936

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                         |                    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | ROUVIERE.          |
| Physiologie . . . . .                                                   | Léon BINET.        |
| Physique médicale . . . . .                                             | STROHL.            |
| Chimie médicale . . . . .                                               | DESGREZ.           |
| Bactériologie . . . . .                                                 | Robert DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                  | BRUMPT.            |
| Pathologie médicale et générale . . . . .                               | BAUDOUIN.          |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | ROUSSY.            |
| Histologie . . . . .                                                    | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | HARVIER.           |
| Hygiène et Médecine préventive . . . . .                                | TANON.             |
| Médecine légale . . . . .                                               | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie . . . . .                      | Maurice VILLARET.  |
|                                                                         | LOEPER.            |
| Clinique médicale . . . . .                                             | CARNOT.            |
|                                                                         | CLERC.             |
|                                                                         | Marcel LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                    | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             | NOBÉCOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                            | LEMIERRE.          |
|                                                                         | CUNÉO.             |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | GOSSET.            |
|                                                                         | GRÉGOIRE.          |
|                                                                         | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | TERRIEN.           |
| Clinique urologique . . . . .                                           | MARION.            |
|                                                                         | BRINDEAU.          |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | COUVELAIRE.        |
|                                                                         | JEANNIN.           |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | N...               |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                 | OMBRÉDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                               | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                             | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                           | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique . . . . .                                        | SERGENT.           |
| Clinique de la tuberculose . . . . .                                    | BEZANÇON.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte . . . . .                | MATHIEU.           |
|                                                                         | HOVELACQUE.        |
| Professeurs sans chaire . . . . .                                       | MOCQUOT.           |
|                                                                         | MULON.             |
|                                                                         | OLIVIER.           |
|                                                                         | VERNE.             |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| BÉNARD (Henri) . .    | Pathologie médicale.     |
| BOULIN . . .          | Pathologie médicale.     |
| BULLIARD . . .        | Histologie.              |
| CATHALA . . .         | Pathologie médicale.     |
| CHEVALLIER . .        | Pathologie médicale.     |
| DOGNON. . .           | Physique.                |
| FEY . . . . .         | Urologie.                |
| GALLIARD . . .        | Parasitologie.           |
| GASTINEL . . .        | Bactériologie.           |
| De GAUDART D'ALLAINES | Pathologie chirurgicale. |
| GAYET . . . .         | Physiologie.             |
| GIROUD . . . .        | Histologie.              |
| HAGUENAU . . .        | Pathologie médicale.     |
| HALPHEN . . .         | Oto-rhino-laryngologie.  |
| HAZARD. . . .         | Pharmacologie.           |
| HUGUENIN . . .        | Anatomie pathologique.   |
| JOANNON . . . .       | Hygiène.                 |
| JUSTIN-BESANÇON. .    | Hydrologie.              |
| LABBÉ (Henri). .      | Chimie biologique.       |
| LACOMME . . . .       | Obstétrique.             |
| LANTUÉJOUL . .        | Obstétrique.             |
| LAROCHE(Guy) . .      | Pathologie médicale.     |

### MM.

|                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| LEMAIRE . . . .     | Pathologie expérimentale.  |
| LEVEUF. . . . .     | Pathologie chirurgicale.   |
| Mlle J. LÉVY . . .  | Pharmacologie.             |
| LÉVY-VALENSY. . .   | Neurologie et Psychiatrie. |
| MOREAU . . . .      | Pathologie médicale.       |
| MOULONGUET . .      | Pathologie chirurgicale.   |
| MOUQUIN . . . .     | Pathologie médicale.       |
| OBERLING . . . .    | Anatomie pathologique.     |
| PETIT-DUTAILLIS . . | Pathologie chirurgicale.   |
| PIEDELIEVRE. . .    | Médecine légale.           |
| PORTES . . . . .    | Obstétrique.               |
| RICHET . . . . .    | Physiologie.               |
| SANNIÉ . . . . .    | Chimie biologique.         |
| SÈNÈQUE . . . .     | Pathologie chirurgicale.   |
| TROISIER . . . .    | Pathologie expérimentale.  |
| TURPIN . . . . .    | Pathologie médicale.       |
| VIGNES . . . . .    | Obstétrique.               |
| WILMOTH . . . .     | Pathologie chirurgicale.   |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### pour le service des examens

### MM.

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| ALGLAVE . . . .   | Pathologie chirurgicale. |
| BUSQUET . . . .   | Pharmacologie.           |
| CHAILLEY-BERT . . | Physiologie.             |

### MM.

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| LEROUX . . . . .   | Anatomie pathologique. |
| NEVEU-LEMAIRE. . . | Parasitologie.         |



## IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### à titre permanent

| MM.            |                        | MM.             |                        |
|----------------|------------------------|-----------------|------------------------|
| ALAJOUANINE.   | Clinique médicale.     | BROCQ . . . .   | Clinique chirurgicale. |
| ABRAMI . . .   | Clinique médicale.     | CADENAT . . .   | Clinique chirurgicale. |
| AUBERTIN . .   | Clinique médicale.     | GATELLIER.      | Clinique chirurgicale. |
| BRULE. . . .   | Clinique médicale.     | HEITZ-BOYER .   | Clinique chirurgicale. |
| CHABROL . . .  | Clinique médicale.     | MOURE . . . .   | Clinique chirurgicale. |
| CHIRAY . . .   | Clinique médicale.     | QUENU . . . .   | Clinique chirurgicale. |
| DONZELOT . .   | Clinique médicale.     | SCHWARTZ. . .   | Clinique chirurgicale. |
| DUVOIR . . .   | Clinique médicale.     | VELTER . . . .  | Clinique chirurgicale. |
| LIAN . . . . . | Clinique médicale.     | ECALLE . . . .  | Clinique obstétricale. |
| SÉZARY . . . . | Clinique médicale.     | GUENIOT. . . .  | Clinique obstétricale. |
| VALLERY-R-     |                        | LE LORIER . . . | Clinique obstétricale. |
| DOT (Pasteur)  | Clinique médicale.     | LÉVY-SOLAL . .  | Clinique obstétricale. |
| BASSET . . . . | Clinique chirurgicale. | METZGER . . .   | Clinique obstétricale. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

|                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| RUPPE. . . . .            | Stomatologie.       |
| CHAILLEY-BERT, agrégé . . | Éducation physique. |
| LEDOUX-LEBARD. . . . .    | Radiologie clinique |
| WEIL-HALLÉ . . . . .      | Puériculture.       |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale  
Membre de l'Académie de Médecine

*En témoignage de ma profonde gra-  
titude et de ma respectueuse admi-  
ration*

A MES MAITRES

Monsieur le Professeur agrégé LÉVY-SOLAL

Accoucheur de l'Hôpital St-Antoine

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

*Témoignage respectueux d'affection  
et de reconnaissance.*

**A MES MAITRES**

**Monsieur le Docteur BAUMGARTNER**

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

**Monsieur le Docteur CHEVRIER**

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

**Monsieur le Professeur agrégé BROCCO**

Chirurgien de l'Hôpital Necker

*En hommage de ma gratitude et de  
mon attachement.*

**A Monsieur le Professeur GOUGEROT**

Professeur de Clinique dermatologique  
Médecin de l'Hôpital St-Louis

**A Monsieur le Docteur FAURE-BEAULIEU**

Médecin de l'Hôpital St-Antoine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Professeurs agrégés PORTES, LACOMME  
Accoucheurs des Hôpitaux

MM. les Docteurs CLEISZ, J. RAVINA, SUREAU  
Accoucheurs des Hôpitaux

MM. les Docteurs DESPLAS, GIRODE, P. BANZET  
Chirurgiens des Hôpitaux

MM. les Docteurs TZANCK, LELONG  
Médecins des Hôpitaux

## INTRODUCTION

---

L'apparition en France, en 1920, sous l'influence de Schickelé, de l'opération césarienne basse, a fait naître de grands espoirs.

Non seulement l'hystérotomie devenait possible après le début du travail, mais l'infection même du contenu utérin pouvait ne plus être considérée comme une contre-indication.

Des résultats surprenants ont été proclamés, des statistiques qui ne comportaient aucune mortalité publiées.

Cependant des insuccès, de plus en plus nombreux à mesure que s'accroissait l'audace des opérateurs, ont quelque peu tempéré les enthousiasmes de la première heure et conduit à reviser certains jugements.

Nous jouissons à l'heure actuelle d'un recul suffisant pour essayer d'apprécier les résultats de l'opération césarienne basse.

Nous avons repris en série continue toutes les opérations césariennes, conservatrices ou mutilatrices, au nombre de 805, et certaines opérations obstétricales, au nombre de 183, pratiquées à la Clinique Baudelocque pendant une période de 15 ans, de juillet 1920 à juillet 1935.

Nous avons étudié les résultats de l'opération césari-

rienne basse en fonction de la précocité de l'intervention et des diverses circonstances aggravantes. Nous les avons comparés avec ceux des autres interventions, abdominales ou vaginales, effectuées dans les mêmes conditions de gravité.

Que notre Maître, M. le Professeur Couvelaire, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous permette de lui exprimer notre très vive et très respectueuse reconnaissance. Nous prions également M. le Professeur agrégé Lacomme de bien vouloir trouver ici l'assurance de notre gratitude pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée au cours de l'exécution de ce travail.

---

## HISTORIQUE



Jusqu'aux dernières années du xix<sup>e</sup> siècle, toute opération césarienne est, dans la règle, vouée à l'échec.

Deux raisons suffisent amplement à expliquer l'insuccès opératoire. Défaut de technique d'une part; on ne suture pas l'utérus qui demeure ainsi largement ouvert dans la grande cavité péritonéale, on ne s'entoure d'aucune précaution d'aseptie. Défaut d'indication, d'autre part: l'hystérotomie n'est mise en œuvre qu'après l'échec complet de toutes les tentatives d'extraction par voie basse; c'est le moyen auquel on a recours en dernier ressort pour évacuer l'utérus.

Il s'agit donc d'opérations très tardives chez des femmes ayant subi de nombreuses manœuvres obstétricales et épuisées par plusieurs jours de travail.

Aussi, nombreux sont les détracteurs de telles interventions. Ambroise Paré, Guillemeau, Viardel, Dionis, Peu se prononcent nettement contre elles. Mauriceau va jusqu'à réclamer une pénalité contre ceux qui pratiquent l'opération césarienne sur femme vivante.

Cependant, au xviii<sup>e</sup> siècle, les tentatives se multiplient. Ruleau, Simon, Smellie, Stein, Lebas, Moulleron publient des cas de survie et Levret tente de préciser les avantages de la méthode et en limite les indications aux cas où d'autres modes d'intervention ne peuvent être employés, notamment dans les rétrécissements marqués du bassin. C'est la première idée de la *césarienne prophylactique*.

Mais cette idée ne se développe pas. D'autre part, il

faut attendre le début du xix<sup>e</sup> siècle pour qu'apparaissent d'heureuses modifications de technique.

C'est d'abord la suture utérine pratiquée par Wiel (1835), puis Godefroy, Scanzoni, Hasse.

C'est aussi la recherche de nouveaux procédés qui tendent à éviter la blessure et, partant, l'infection du péritoine.

Jörgen, en 1806, à une époque où la césarienne corporelle est sévèrement jugée, réalise sur le cadavre une opération qui consiste, en partant d'une ligne parallèle à l'arcade crurale, à inciser la partie supérieure du vagin et à extraire le fœtus par cette voie.

Ritgen, en 1821, pratique, sur une femme vivante, une opération très voisine, qu'il appelle gastro-élytrotomie ; le vagin est ouvert après refoulement du péritoine au niveau de l'espace de Bogros. Ainsi naît la première césarienne extra-péritonéale.

Baudelocque neveu essaye ce procédé en 1823. Physik, de Philadelphie, propose, en 1825, de décoller la vessie après laparotomie médiane et d'inciser le segment inférieur. C'est l'idée de la première césarienne basse.

Mais ces différents procédés sont abandonnés jusqu'en 1870 ; à cette date Tarnier reconnaît que : « les tentatives n'ont pas été heureuses. L'idée de ces procédés était cependant ingénieuse car on y trouvait le double avantage d'éviter la lésion du péritoine et de l'utérus ».

D'ailleurs, la même année, cette idée renaît pour ainsi dire en Amérique où Gaillard-Thomas, ignorant les tentatives précédentes, décrit, à peu de choses près, le procédé de Ritgen.

Mais toutes ces tentatives pèchent à la base par l'insuffisance de la technique, le défaut d'aseptie et surtout le caractère tardif des interventions, effectuées après échec des moyens obstétricaux. La mortalité est considérable et la statistique de Charpentier, donnant sur 4689 cas un taux d'insuccès de 60 %, paraît extraordinairement favorable.

Il faut attendre 1876 pour que Porro, de Pavie, ait l'idée de pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale avec extériorisation du moignon. C'est le début d'une nouvelle période où les statistiques de Spaeth, Velponen, Tarnier, Lucas-Championnière, A. Guéniot, doivent leur caractère relativement favorable non pas tant à la diminution des risques d'hémorragie qui, dans l'idée de Porro, faisait l'avantage de la méthode, que dans le fait, encore insoupçonné, de la diminution des risques d'infection du péritoine.

Cette opération de Porro, qui rapidement doit connaître une grande vogue, marque véritablement une étape intermédiaire entre la période où l'échec d'une opération césarienne est presque la règle et celle, actuelle, où le succès est presque constant.

C'est en effet en 1882 que Sânger, établit, en même temps que triomphent les idées de Pasteur, l'opération césarienne haute, telle qu'on la pratique actuellement. S'aidant d'une aseptie rigoureuse, il perfectionne la suture des parois utérines en préconisant le double plan, musculaire et séro-séreux,

essayé par Lambert en 1826 et Van Aubel en 1862.

Léopold et Kehrler, presque simultanément, publient la première statistique favorable comportant 15 succès sur 16 cas.

En 1886, Potocki, encore interne, fait connaître en France la méthode de Säger. La même année, Bar enregistre le premier succès observé à Paris depuis 100 ans et, en 1899, il peut publier une statistique de 10 césariennes conservatrices pratiquées sans un échec.

Mais, à mesure que se multiplient les interventions, une notion se fait jour. Si la césarienne résout toujours le problème mécanique de l'accouchement, elle comporte un pronostic différent selon le moment du travail où on la pratique. L'idée du risque encouru après les interventions différées s'affirme. Elle corrobore les constatations de Péhan-Dufeilhay, Harris, Radford qui ont déjà remarqué que les césariennes sont d'autant plus dangereuses que l'on intervient plus tardivement au cours du travail.

*Ainsi naît l'idée de la césarienne tardive dangereuse dont on ne tarde pas à découvrir la pathogénie : l'infection ovulaire après rupture des membranes.*

Potocki écrit en 1896 : « il faut opérer aussi près que possible du début du travail ». Bar, en 1887, enseigne qu'il convient même d'intervenir avant le début du travail, doctrine qu'il défendra à diverses reprises au cours de sa carrière : « à l'opération césarienne conservatrice, soutient-il en 1919 à l'Académie de Médecine, appartient un domaine précis : celui des cas purs où le risque d'infection paraît nul... Le souci de ne pratiquer

la section césarienne conservatrice haute que dans les cas purs doit pousser à en faire de plus en plus une intervention prophylactique, à opérer tôt dans le travail, avant le début du travail, même ».

C'est du même coup mettre en valeur la nécessité d'une exploration clinique minutieuse et d'indications établies de façon très précise.

Ainsi, jusqu'au début du xx<sup>e</sup> siècle, cette idée de l'intervention prophylactique devient un véritable dogme : *il faut limiter l'opération césarienne aux cas purs*.

Mais il est un grand nombre de cas, justiciables sans contredit d'une césarienne, qu'on ne voit qu'après le début du travail. Il en est d'autres, lorsque le bassin est modérément rétréci, qui bénéficieraient d'une épreuve du travail et l'on sait que les bassins limites accouchent spontanément dans une proportion de 70 %.

Certains opérateurs cherchent alors à se dégager de cette règle trop stricte.

Boquel rapporte 2 cas en 1901 et 3 cas en 1904 d'opérations césariennes pratiquées de 12 à 48 heures après la rupture des membranes. Il conclut que, sans doute, il s'agit d'une intervention dangereuse mais que l'existence d'une infection commençante n'est pas une contre-indication ; que l'acte opératoire en lui-même n'aggrave pas beaucoup, si toutefois il l'aggrave, le pronostic général.

Après lui, Lepage, Bonnair, Grosse publient quelques cas de césariennes tardives suivies de succès. Un élève de Lepage, Lemoussu réunit, en 1908, 38 cas de césariennes pratiquées au cours du travail, dont 30 à

membranes rompues de 21 heures à 7 jours, sans décès. Sa conclusion est que la seule contre-indication est l'infection nette avec élévation de la température, frissons, fétidité du liquide amniotique.

Puis Mouchotte, Kouwer, Péradon, Zarate et, plus près de nous, Weymeersch, Brouha, Grimaut, Vallois, Magalhaës rapportent de nombreux cas de césariennes tardives.

A vrai dire, mortalité et morbidité ne sont pas négligeables et, en 1909, M. Couvelaire, rapporteur à la Société Obstétricale de France, conclut : « Je ne saurais trop insister sur les dangers de la chirurgie obstétricale conservatrice, lorsque l'infection, même la tente, est dans la place... La prolongation du travail, les explorations multiples, les tentatives d'extraction constituent des conditions non moins fâcheuses... La part du hasard est trop grande dans ces succès, les résultats éloignés de la césarienne conservatrice sont encore trop aléatoires pour que je me sente invité à suivre Boquel dans cette voie incertaine ».

Mais, au cours des dernières 15 années, des modes d'intervention nouveaux, basés sur des principes différents, semblent avoir modifié le problème.

C'est, en 1923, la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus, imaginée par M. Portes, qui d'emblée met à son actif de retentissants succès.

C'est aussi l'opération césarienne basse, introduite en France par Schickelé en 1920, adoptée à Paris d'abord par Brindeau, puis par Couvelaire à la Clinique Baude-

locque en 1925. Cette intervention paraît résoudre définitivement le problème et Schickelé, dans son enthousiasme, arrive à considérer que l'infection n'a presque plus d'importance : « Nous opérons, dit-il en 1925, malgré l'infection manifeste, frissons, fièvre, manœuvres opératoires préalables, écoulement fétide : l'hystérectomie a presque complètement disparu ; il me semble que nous n'en ayons qu'une seule depuis 1919. La mortalité est entre 2 et 3 % ».

Cependant, les opérateurs, à mesure qu'ils étendent les limites de leurs indications, ne tardent pas à s'apercevoir que, malgré ses avantages incontestables, la césarienne basse n'est pas une panacée. M. le Professeur Couvelaire, publiant en 1929 une statistique portant sur 130 cas conclut : « Excellente opération pour les cas cliniquement purs, elle peut être utilisée dans les cas suspects, où l'on hésiterait à pratiquer une corporéale. Quant aux cas où les voies génitales sont sûrement infectées, ils me paraissent justiciables soit de l'hystérectomie, soit de la césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus, suivant la technique de Portes ».

Nous aidant des nombreux documents que possède à l'heure actuelle la Clinique Baudelocque, nous essayons d'apporter une contribution à l'étude des indications de l'opération césarienne basse et à la recherche de critères simples qui devraient permettre d'opérer « sans jouer le succès sur un coup de dés ».

---



## PREMIÈRE PARTIE

---

L'OPÉRATION CÉSARIENNE BASSE  
A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE



On a pratiqué à la Clinique Baudelocque, de juillet 1920 à juillet 1935, 805 interventions par voie haute.

Sur ces 805 interventions il y a eu :

436 opérations césariennes basses

|     |   |   |                                                  |
|-----|---|---|--------------------------------------------------|
| 232 | » | » | corporeales                                      |
| 29  | » | » | suivies d'extériorisation temporaire de l'utérus |
| 108 | » | » | suivies d'hystérectomie.                         |

Notre étude portera plus spécialement sur l'opération césarienne basse qu'on peut considérer actuellement comme l'opération de base de la chirurgie obstétricale.

Nous allons envisager successivement :

1° Les principes généraux de la technique opératoire ;

2° Les éléments du pronostic considérés surtout en ce qui concerne les conditions cliniques défavorables ;

3° Les résultats de l'intervention par rapport à ces conditions défavorables ;

4° La mortalité et la morbidité post-opératoire.

---

## CHAPITRE I

---

### LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

---

#### La césarienne transpéritonéale

C'est une opération trop connue pour que nous donnions une description détaillée de sa technique.

Bornons-nous à reprendre quelques-uns des traits essentiels de cette intervention, telle qu'on la pratique à la Clinique Baudelocque depuis 1925.

La femme étant en position de Trendelenburg, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Une valve de Doyen découvre largement le segment inférieur ; 3 champs, dont 2 latéraux et 1 supérieur, tassés entre la paroi et l'utérus assurent une protection suffisante de la grande cavité péritonéale.

Une pince en cœur, saisissant et attirant en dehors la vessie, tend le cul-de-sac vésico-utérin. Transversalement, d'un ligament large à l'autre, celui-ci est incisé.

A l'aide de ciseaux courbes fermés, le segment inférieur est dégagé aussi loin que possible :

— vers le haut, par décollement du péritoine jusqu'à la limite de la zone décollable. Celle-ci atteint de 8 à 12

centimètres lorsque le segment inférieur est bien amplifié ;

— vers le bas, par décollement de la vessie.

Ce décollement ne présente en général aucune difficulté et n'entraîne aucune hémorragie importante si l'on chemine dans le bon plan de clivage et si l'on procède avec une douceur suffisante.

Le segment inférieur est incisé verticalement sur la ligne médiane jusqu'aux limites du décollement. A son niveau l'utérus est souvent très mince, ce dont il faut être averti pour éviter la blessure de la tête fœtale.

Parfois cette section ouvre des sinus veineux qui saignent abondamment, mais cette hémorragie, si importante soit-elle, est susceptible de cesser spontanément après évacuation de l'utérus.

Deux pinces en cœur saisissent les lèvres de l'incision, ce qui permet : « pendant toute l'extraction de l'enfant et pendant toute la délivrance d'extérioriser en quelque sorte la brèche du segment inférieur et d'éviter, le plus possible l'issue de sang ou de liquide dans la cavité abdominale ».

L'extraction de la tête est le plus souvent facile, soit après introduction de 2 doigts dans la bouche, soit à l'aide du forceps.

Après délivrance et iodage de la cavité utérine, l'utérus est suturé en 2 plans successifs :

— l'un des points séparés aux catguts n° 1 qui prennent le muscle sur toute son épaisseur ;

— l'autre par un surjet au même fil qui réalise l'enfouissement du plan précédent.

Ici prend fin la première partie de l'opération. Il est bon de changer de gants, d'instruments, de champs.

La suture musculaire, déjà fort satisfaisante par elle-même, est, par surcroît, protégée par la vessie que l'on fixe, à l'aide d'un point en U, à la partie supérieure de la cicatrice utérine qui se trouve ainsi entièrement recouverte.

Un surjet transversal parfait la fixation du péritoine vésical au segment inférieur.

Le lambeau péritonéal supérieur est ramené et fixé par un 2<sup>e</sup> surjet sur le péritoine vésical qui se trouve ainsi recouvert *en paletot*.

Il ne reste plus qu'à fermer la paroi en 3 plans avec ou sans drainage.

### La segmento-corporéale

« Lorsqu'on opère très précocement au cours du travail, et, *a fortiori*, semble-t-il, si on opérât avant le travail, le segment inférieur de l'utérus n'est pas parfaitement étalé sur la tête fœtale. Il devient alors difficile de décoller la vessie suffisamment bas pour que l'incision du segment inférieur ne déborde pas en haut la ligne de solide attache du péritoine. Dans ces conditions l'incision n'est plus exactement segmentaire, mais légèrement corporéale à sa partie supérieure. Cette particularité ne semble pas avoir un très grand inconvénient à condition de remonter suffisamment la vessie pour recouvrir très exactement et très complètement la totalité de la plaie utérine suturée ».

Ainsi s'expriment en 1925, MM. Couvelaire et Portes. Cette idée est reprise, mise au point par Audebert à partir de 1931. La technique préconisée est la suivante :

1° Incision *verticale* et non horizontale du péritoine pré-utérin et décollement latéral de chaque lèvres. C'est là la condition essentielle d'une intervention typique ;

2° Incision verticale du segment inférieur ;

3° Au niveau de la commissure supérieure on introduit un doigt entre l'utérus et l'œuf et sur ce doigt-guide on sectionne aux ciseaux la partie inférieure du corps utérin sur une étendue de 3 à 5 cm ;

4° Le fait le plus intéressant c'est qu'au niveau de la partie basse du corps utérin, on peut sans difficulté décoller le péritoine viscéral et même réaliser l'entrecroisement des volets péritonéaux.

Ainsi, la péritonisation serait la plupart du temps, aussi parfaite qu'avec l'incision purement segmentaire et cette opération pourrait, sans inconvénient, être étendue aux cas impurs toutes les fois qu'il y a :

— un anneau de rétraction ;

— un excès de volume de la tête fœtale ;

— un défaut d'ampliation du segment inférieur ;

— des adhérences solides ;

— ou la nécessité de terminer très vite l'évacuation de l'utérus.

---

## CHAPITRE II

---

### LES ÉLÉMENTS DU PRONOSTIC LES CONDITIONS CLINIQUES DEFAVORABLES

---

La diversité des indications et des conditions opératoires fait apparaître immédiatement la nécessité de scinder nos observations en 3 groupes pour étudier les résultats de l'intervention :

1° Certaines césariennes ont été pratiquées pour des raisons purement mécaniques telle que rétrécissement du bassin, présentation de l'épaule, en dehors de toute circonstance particulière capable d'ajouter un risque opératoire normal :

2° D'autres ont été pratiquées pour des raisons ou dans des conditions diverses telles que hémorragie, œdème inflammatoire secondaire du col qui grèvent évidemment, dès le principe, le pronostic opératoire d'un risque particulier :

3° Nous placerons à part les césariennes itératives qui, du fait des difficultés techniques qu'elles comportent souvent, ne peuvent être étudiées avec les précédentes.

Le premier groupe nous permettra d'étudier les résultats opératoires en fonction des circonstances cliniques

de rupture des membranes, de durée du travail, de dilatation du col que l'on représente habituellement comme les éléments du pronostic opératoire.

Le second groupe ne pourra nous servir qu'à évaluer le risque supplémentaire représenté par les conditions spéciales dans lesquelles l'opération a été pratiquée.

L'idée directrice qui nous a guidé dans l'étude de la statistique de la clinique Baudelocque a été évidemment son utilisation pour la recherche des critères de la sécurité opératoire.

Les opérations aléatoires ou dangereuses sont :

1° Celles qui, en dehors de tout risque particulier sont pratiquées tardivement après un délai que nous nous efforcerons de déterminer ;

2° Celles qui, dès le principe, sont grevées d'un risque particulier tel que l'infection des voies génitales, l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, les procidences, etc...

### **1° Les interventions tardives, pratiquées en l'absence de tout risque spécial surajouté.**

C'est une notion banale que les opérations tardives comportent un pronostic moins favorable que les opérations précoces. Dans l'ensemble notre statistique confirme ce fait.

Mais lorsqu'on cherche à préciser le sens du mot tardif, de façon à situer dans le temps la limite qui sépare l'opération sûre de l'opération aléatoire ou dangereuse, on se heurte à des difficultés considérables.

Personne n'accepterait aujourd'hui l'opinion par trop simple de G. Lepage qui considérerait qu'une césarienne haute était faite tardivement lorsqu'on intervenait plus de 12 heures après le début du travail, que les membranes fussent rompues ou non. Même en modifiant le nombre d'heures pour l'adapter à la césarienne basse, une telle règle ne saurait être admise. Jeannin d'ailleurs, fait intervenir avec raison pour définir le terme de tardif des critères beaucoup plus complexes. Pour lui, la césarienne est tardive quand elle est pratiquée, soit chez une femme en travail depuis plus ou moins longtemps, soit lorsque les membranes sont rompues, soit lorsqu'il y a eu des touchers suspects.

Laissons de côté la question des touchers sur lesquels nous nous expliquerons plus loin. Ils constituent réellement quelquefois un facteur supplémentaire de gravité qui reste à apprécier dans chaque cas particulier.

Peut-on préciser un peu plus que ne l'a fait Jeannin, qui semble être resté volontairement dans le vague comme pour montrer que le caractère tardif d'une intervention est subordonné à un ensemble de conditions que l'analyse clinique doit peser sans admettre de critère trop absolu ?

Nous avons tenté cependant de serrer d'un peu plus près la définition du mot tardif en attribuant à ce mot, comme nous l'avons dit, la valeur *d'une limite de sécurité*.

Un simple coup d'œil sur la statistique que nous avons développée (1) permet de s'assurer que cette li-

---

(1) Voir cinquième partie. Documents justificatifs.

mite ne peut pas être évaluée en prenant pour base l'un des 3 facteurs suivants, envisagé isolément.

Ni le délai écoulé depuis la rupture des membranes, rupture dont la valeur est variable suivant que la femme est en travail ou non, ni le délai écoulé depuis le début du travail, qui est d'ailleurs difficile souvent à fixer, ni l'état de dilatation du col qui semble cependant avoir un réel intérêt, aucun de ces éléments, envisagé indépendamment des autres, ne peut constituer le critère cherché.

Il est bien vrai que, dans l'ensemble, une opération pratiquée plus de 24 heures après l'ouverture de l'œuf devient aléatoire, à condition encore toutefois qu'au cours de ces 24 heures, le travail se soit déclenché. La rupture des membranes, à elle seule, ne constitue pas dans tous les cas un facteur de gravité.

Il est bien vrai, aussi, qu'après 24 heures de travail, surtout peut-être, si l'état du muscle utérin tend vers la contracture, l'opération présente des risques.

Il est bien vrai, enfin, que les femmes qui sont opérées alors que le col a dépassé la dilatation de 5 francs courent des dangers plus sérieux que celles qui sont opérées tout au début de la dilatation.

Mais les exceptions marquantes à ces remarques générales sont si nombreuses qu'on ne peut en tirer une règle valable.

En effet, les délais écoulés depuis l'ouverture de l'œuf ne sont rien si on ne précise pas que la femme est ou n'est pas en travail ; la durée du travail n'est rien non plus si l'on ne précise pas que l'œuf est ouvert ou non,

que les contractions utérines ont été suffisantes ou non pour modifier le col ; la dilatation du col, même, n'est rien non plus si l'on ne précise pas en combien de temps elle s'est effectuée !

Et cependant, il est logique de penser que ce sont là les véritables éléments de la solution du problème, car, en dehors des interventions qui comportent des risques spéciaux et que nous étudierons, pour cette raison, à part, ultérieurement, le pronostic d'une opération césarienne ne peut dépendre essentiellement que d'eux.

Mais, pour arriver à une conclusion pratique utilisable, il ne faut pas envisager ces éléments isolément.

*En fait, ce n'est que la confrontation des 3 éléments du pronostic qui nous a conduit à des conclusions pratiquement utilisables.*

Nous avons d'abord recherché s'il n'existait pas une véritable limite de sécurité en deçà de laquelle les risques, ou tout au moins les risques infectieux, fussent minimes, voire nuls.

En réalité, toute opération césarienne, même pratiquée tout au début du travail et dans les meilleures conditions cliniques, comporte en elle-même une possibilité d'infection. Ainsi en témoignent les 5 décès, dont 3 peuvent être considérés comme d'origine infectieuse (1 péritonite, 1 embolie phlébitique, 1 hémorragie tardive par chute d'escarre) observés chez les femmes opérées au début du travail, les membranes étant intactes.

Nous nous sommes alors demandé s'il ne serait pas possible d'établir tout au moins une limite au-delà de laquelle les risques de l'opération césarienne basse de-

viendraient beaucoup plus considérables. Cette limite serait aussi un point de repère qui nous permettrait de juger comparativement les résultats des opérations autres que la césarienne basse.

Il suffit de considérer le tableau de la page 36 pour être frappé par ce fait que la plus forte proportion de décès et de cas morbides se trouve dans la colonne des cas opérés à dilatation de plus de 5 francs.

Si l'on envisage maintenant les exceptions, deux remarques s'imposent :

a) Dans les cas opérés à dilatation de moins de 5 fr. et dont les suites ont été mortelles ou pathologiques, le plus souvent, la durée du travail ou le temps écoulé depuis la rupture des membranes, parfois les deux, étaient importants, en discordance avec la dilatation.

C'est dans le cadre de ces faits qu'il faut faire entrer les cas, particulièrement nombreux dans le domaine de la dystocie, où il y a *anomalie de la dilatation*.

b) A l'opposé, dans les cas opérés à dilatation de plus de 5 francs et dont les suites ont été normales, le plus souvent, la durée du travail ou le temps écoulé depuis la rupture des membranes, parfois les deux, étaient peu importants.

Dans l'ensemble on peut dire que la mortalité et la morbidité sont en majorité l'apanage des cas où l'on a opéré

- { — à une dilatation supérieure à 5 francs ;
- { — après plus de 12 heures de rupture des membranes ;
- { — après plus de 12 heures de travail.

# CONFRONTATION

|                                                        |                 | Dilatation<br>0 | De 1 à 5 fr. | + de 5 fr. |                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Membranes<br/>intactes</i>                          | Travail         | 0               | 101 (5-8)    | 0          | <p>Les 5 décès de la 1<sup>re</sup> col. sont :<br/>1 syncope, 1 broncho-pneumonie,<br/>1 péritonite, 1 hémorragie tar-<br/>dive, 1 embolie phlébitique.<br/>Le décès de la 2<sup>e</sup> col. est : syncope.</p> |
|                                                        | depuis 1 à 6 h. | 3 (0-0)         | 19 (0-4)     | 0          |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 7 à 12 h.       | 2 (0-0)         | 6 (0-1)      | 0          |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 13 à 24 h.      | 0               | 1 (1-0)      | 1 (0-0)    |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | + de 24 h.      | 0               | 2 (0-2)      | 0          |                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Membranes<br/>rompues<br/>de 1 à 6 h.</i>           | Travail         | 0               | 5 (0-0)      | 0          | <p>Le décès de la 2<sup>e</sup> colonne est<br/>une syncope.<br/>Le décès de la 3<sup>e</sup> colonne est<br/>une hémorragie précoce, post-<br/>opératoire.</p>                                                   |
|                                                        | depuis 1 à 6 h. | 2 (0-1)         | 8 (0-1)      | 2 (0-0)    |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 7 à 12 h.       | 2 (0-0)         | 8 (0-1)      | 3 (1-0)    |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 13 à 24 h.      | 2 (0-0)         | 7 (1-2)      | 10 (0-7)   |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | + de 24 h.      | 1 (0-0)         | 3 (0-2)      | 7 (0-3)    |                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Membranes<br/>rompues<br/>de 7 à 12 h.</i>          | Travail         | 0               | 3 (0-0)      | 0          | <p>Le décès de la 3<sup>e</sup> colonne est<br/>un ictère grave chloroformique.</p>                                                                                                                               |
|                                                        | depuis 1 à 6 h. | 5 (0-1)         | 2 (0-1)      | 1 (0-1)    |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 7 à 12 h.       | 1 (0-0)         | 5 (0-1)      | 3 (0-1)    |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 13 à 24 h.      | 0               | 1 (0-0)      | 2 (0-2)    |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | + de 24 h.      | 0               | 3 (0-2)      | 5 (1-3)    |                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Membranes<br/>rompues<br/>de 13 à 24 h.</i>         | Travail         | 0               | 3 (0-1)      | 1 (0-1)    |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | depuis 1 à 6 h. | 3 (0-1)         | 2 (0-1)      | 2 (0-1)    |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 7 à 12 h.       | 1 (0-1)         | 3 (0-1)      | 0          |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 13 à 24 h.      | 0               | 9 (0-4)      | 1 (0-1)    |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | + de 24 h.      | 1 (0-0)         | 3 (0-0)      | 0          |                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Membranes<br/>rompues<br/>depuis<br/>+ de 24 h.</i> | Travail         | 0               | 1 (0-0)      | 0          | <p>Les 2 décès de la 3<sup>e</sup> colonne<br/>sont : deux infections généralisés.</p>                                                                                                                            |
|                                                        | depuis 1 à 6 h. | 0               | 0            | 0          |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 7 à 12 h.       | 1 (0-0)         | 2 (0-0)      | 0          |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 13 à 24 h.      | 2 (0-2)         | 1 (0-0)      | 1 (0-0)    |                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | + de 24 h.      | 1 (0-0)         | 6 (0-1)      | 3 (2-0)    |                                                                                                                                                                                                                   |

*Césariennes basses.* — Dystocie de cause mécanique — pas d'élément de gravité surajouté, opérations non itératives, 273 cas où sont connus à la fois les 3 éléments : durée du travail, temps écoulé depuis la rupture des membranes, dilatation. Dans chaque groupe, le 1<sup>er</sup> chiffre correspond au nombre total des cas, le second à celui des décès, le 3<sup>e</sup> à celui des suites opératoires pathologiques.

Et cette triade :

- { — dilatation 5 francs ;
- { — membranes rompues depuis 12 heures ;
- { — travail durant depuis 12 heures

semble représenter la limite cherchée au-delà de laquelle les risques opératoires s'accroissent considérablement.

Or, si l'on considère que normalement la dilatation de 5 francs se trouve atteinte en un faible nombre d'heures de travail, il apparaît que les suites opératoires mortelles ou pathologiques grèvent surtout les cas où il y a :

- rupture prématurée des membranes datant de plus de 24 heures et suivie d'une période, même courte, de travail ;
- insuffisance ou excès des contractions utérines ;
- lenteur ou irrégularité de la dilatation ;

c'est-à-dire dans les cas où il y a *anomalie du travail*.

## 2° Opérations grevées dès le principe d'un risque particulier

Notre statistique démontre avec évidence que les opérations pratiquées chez des femmes dont les voies génitales basses sont infectées, chez des femmes qui ont saigné, chez des femmes dont la présentation ou une procidence plongent dans le vagin, etc... sont grevées dès le principe d'un risque particulier, en sus du risque inhérent aux circonstances cliniques habituelles.

Nous nous efforcerons d'apprécier l'importance de ce

risque dans les diverses circonstances qui sont susceptibles d'aggraver l'acte opératoire.

Nous n'insisterons pas cependant sur les risques que comportent les facteurs d'ordre général, cardiopathie décompensée ou **obésité**, dont l'importance cependant est considérable, parce que des facteurs de cet ordre constituent des circonstances aggravantes qui ne sont pas propres à l'opération césarienne, mais communes à toutes les interventions chirurgicales.

Nous voulons étudier surtout l'importance des risques comportés par les diverses éventualités obstétricales dont notre statistique fait apparaître les dangers. Nous préciserons, en outre, dans chaque cas, les conditions cliniques par rapport à la limite 5 francs-12 heures-12 heures.

**L'hyperthermie** accompagne souvent l'infection locale ou générale ; elle n'est alors qu'un des éléments du syndrome. Parfois elle apparaît isolément au cours du travail et il est possible qu'elle ne soit pas de nature infectieuse.

Dans notre statistique, chez 14 femmes qui ne présentaient, par ailleurs, aucun autre symptôme d'infection, il y avait une température égale ou supérieure à 38. Il y eut, dans les suites opératoires, 2 décès (l'un par infection généralisée, l'autre par embolie phlébitique), 5 suites opératoires fébriles, 2 phlébites et 1 parotidite, 4 fois seulement les suites furent normales.

Hormis 1 cas où les suites furent normales, la limite 5 francs-12 heures-12 heures était franchie.

### **L'infection avérée des voies génitales basses.**

C'est, de toutes les éventualités, celle dont le danger est le plus évident et, *à priori*, le plus grand, que cette infection ait préexisté au déclenchement du travail ou qu'elle se soit installée pour une raison quelconque au cours du travail.

Nous n'envisageons pas les infections occultes comme celles résultant de *touchers répétés* que tous les opérateurs s'accordent à considérer comme d'autant plus dangereux qu'ils sont pratiqués souvent dans des conditions déplorables. Nos observations n'apportent sur ce point aucune précision formelle et le risque représenté par des explorations vaginales multiples ne saurait être utilement étudié et évalué, chaque cas étant un cas particulier puisque le danger du toucher réside autant ou plus dans la façon de toucher que dans le toucher lui-même.

Nous ne voulons étudier dans ce paragraphe que les cas d'infection avérée des voies génitales ou de l'œuf.

Le petit nombre des cas qui ont été opérés dans ces conditions à la Clinique Baudelocque montre que si le danger est très réel, il n'est peut-être pas toujours aussi grand qu'on aurait pu le supposer.

Dans un cas où une *infection vaginale* existait depuis longtemps avant l'opération et avait déterminé l'apparition de végétations intra-vaginales si abondantes que leur masse formait une véritable tumeur prævia, les suites opératoires furent fébriles, mais la malade guérit facilement. L'intervention fut faite avant tout début de travail, membranes intactes.

Les infections préexistantes sont peut-être d'ailleurs moins nocives que les infections intra-partum.

Quelques cas ont été opérés cependant, malgré la *fétidité du liquide amniotique*. Dans un cas où la fétidité du liquide était le seul signe d'infection, les suites opératoires furent fébriles. Dans 3 cas où l'odeur du liquide était associée à un œdème inflammatoire secondaire du col, on eut 2 fois des suites opératoires fébriles et une fois des suites normales.

Quelques cas d'infection intra-partum se sont manifestés par de *l'œdème secondaire inflammatoire du col*. Nos observations semblent démontrer que c'est là un facteur de gravité important. Dans 5 cas l'œdème infectieux existait isolé de tout autre élément particulier de gravité ; aucune malade n'eût de suites opératoires normales et l'une d'elle mourut d'infection généralisée le 3<sup>e</sup> jour après l'intervention.

Dans 4 autres cas l'œdème était associé à d'autres facteurs qui pouvaient grever particulièrement le pronostic. Sur ces 4 malades, 3 présentèrent des suites opératoires pathologiques. — Dans tous les cas précédents la limite 5 fr.-12 h.-12 h., était largement dépassée.

Enfin, dans 1 cas d'opération césarienne itérative, l'œdème du col était associé à une importante infiltration œdémateuse du segment inférieur, des ligaments larges et des pédicules vasculaires. La femme mourut au 5<sup>e</sup> jour de péritonite. Au moment de l'intervention le travail durait depuis plusieurs heures. Nous ignorons l'état des membranes et de la dilatation.

Ces quelques remarques ne nous permettent pas de

tirer une conclusion formelle sur l'importance du danger que représentent les diverses modalités des infections génitales ou ovulaires.

L'impression que nous retirons de l'étude de nos observations est cependant que ces infections grèvent d'un aléa l'opération césarienne basse, quelles que soient les circonstances concomitantes.

Et parmi toutes les infections que nous avons envisagées, la plus dangereuse paraît être l'œdème inflammatoire secondaire du col. Il ne semble même pas exagéré de dire qu'il conviendra de considérer l'existence d'un œdème infectieux du col comme une contre-indication opératoire presque formelle.

**La situation intra-vaginale de la présentation et les procidences** sont des sources fréquentes d'infection utérine.

Sur 2 femmes opérées alors que la présentation était descendue dans le vagin, l'une est morte au 6<sup>e</sup> jour de péritonite, l'autre eut des suites pathologiques. Les 2 fois la limite 5 fr.-12 h.-12 h. était franchie.

Sur 5 femmes présentant des procidences du cordon et opérées, 3 eurent des suites opératoires pathologiques. Une seule fut opérée au-delà de la limite (suites fébriles).

Ces chiffres sont trop faibles pour que l'on puisse baser sur eux seuls une conclusion valable. Ils s'accordent cependant d'une façon si parfaite avec ce que l'on peut supposer *a priori* du danger qu'il y a à remonter à travers l'utérus des parties fœtales ou ovulaires plongeant

dans un vagin toujours septique, qu'ils nous paraissent évaluer le risque opératoire dans les cas de ce genre d'une façon plausible.

Nous ne pensons pas d'ailleurs que ces risques, au moins ceux qui sont liés à des procidences du cordon, soient inacceptables : ceux-ci peuvent être réduits dans une certaine mesure, peut-être par la section et l'extraction par voie vaginale, de l'anse procidente. Ce procédé ne saurait être de mise en cas de procidence d'un membre. Aussi sera-t-on peut-être amené à considérer cette éventualité, de même que la situation très basse, partiellement ou totalement intra-vaginale de la présentation, comme une contre-indication à la césarienne basse conservatrice.

Il est même, étant donné ces faits, permis de se demander si, dans beaucoup de cas, les risques des opérations pratiquées lorsque la dilatation dépasse 5 fr., ne tiennent pas à la mise en contact de la présentation avec les parois vaginales.

**Les tentatives d'extraction par voie basse** grèvent le pronostic opératoire d'une façon si lourde que nous hésiterons dorénavant à opérer dans ces conditions.

Sur 4 cas nous trouvons en effet 1 décès et 3 suites opératoires pathologiques et si l'on estime ces chiffres insuffisants pour conclure, nous pouvons citer ceux de Holland et Munro Kerr qui ont rassemblé 102 cas avec 27 morts. Parmi nos cas, 3 fois la limite 5 fr.-12 h.-12 h. était franchie, 1 fois elle ne l'était pas (suites fébriles).

**La mort du fœtus in-utéro**, qui coïncide souvent avec le développement rapide d'une infection maternelle, est un élément certain d'aggravation du pronostic. Aussi on n'a pratiqué aucune césarienne basse dans ces conditions à la Clinique Baudelocque.

Enfin, en marge de ces différents facteurs, il faut placer **l'hémorragie par insertion basse du placenta**. Des études récentes ont montré qu'il faut distinguer, en ce qui concerne le pronostic opératoire de la césarienne basse, d'une part les cas opérés rapidement après la première hémorragie, et, d'autre part, ceux opérés après des hémorragies répétées, ou plus ou moins longtemps après une hémorragie unique. *Le risque infectieux n'existe pas si l'on opère dans les heures qui suivent la première hémorragie*. Par contre, si la femme a déjà saigné auparavant, les caillots qui persistent à la partie basse du segment inférieur constituent une amorce d'infection.

Notre statistique confirme entièrement ces faits, puisque 5 cas opérés rapidement après la 1<sup>re</sup> hémorragie ont eu des suites absolument normales, alors que sur 8 cas opérés pour des hémorragies répétées il y a eu 2 morts et 2 suites fébriles. Dans aucun cas la limite 5 fr.-12 h.-12 h. n'était franchie.

Tels sont les principaux facteurs qui, du seul fait de leur présence impriment à l'opération césarienne basse un caractère au moins aléatoire et quelquefois dangereux quant aux résultats. Remarquons que la plupart

d'entre eux, du moins ceux de caractère infectieux ne surviennent qu'au-delà de la limite 5 fr.-12 h.-12 h., qui n'en acquiert ainsi que plus de valeur.

\*  
\* \*

Ainsi nous pouvons considérer comme effectuée dans des conditions défavorables :

1° *Toute césarienne pratiquée au-delà de la limite définie par la triade :*

          dilatation 5 francs ;  
      }  
      travail durant depuis 12 heures ;  
      }  
      membranes rompues depuis 12 heures.

2° *Toute césarienne pratiquée en deçà de cette limite mais chez des femmes présentant un ou plusieurs des facteurs accidentels de gravité.*

---

## CHAPITRE III

---

### LES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT A CES CONDITIONS DÉFAVORABLES

---

Dans l'ensemble les 436 opérations CB ont comporté :  
27 décès, soit . . . . . 6,43 %  
108 suites opératoires pathologiques, soit . 24,82 %

Nous pouvons ainsi, afin de permettre, plus loin, une étude comparative, chasser l'ensemble de nos cas de la façon suivante :

#### Avant la limite 5 francs-12 heures-12 heures.

Sur 323 opérations il y a :

9 morts soit 2,7 % ;

47 suites pathologiques soit 14,5 %

Et le pourcentage des décès par infection ne change guère, que l'on envisage.

#### a) LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES AU DÉBUT DU TRAVAIL.

Sur 132 opérations il y a :

— 5 décès :

— 1 syncope en fin d'intervention.

— 1 péritonite.

- 1 broncho-pneumonie.
- 1 hémorragie foudroyante par chute d'escarre du segment inférieur au 11<sup>e</sup> jour.
- 1 embolie phlébitique.
- 14 suites pathologiques :
  - 7 suites opératoires fébriles.
  - 5 phlébites.
  - 1 phlegmon du ligament large.
  - 1 désunion large de la paroi.

b) LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES AU COURS DU TRAVAIL, ALORS  
QUE LES MEMBRANES SONT INTACTES.

Sur 65 opérations il y a :

- 2 décès :
  - 1 syncope de la fin de l'intervention.
  - 1 péritonite.
- 14 suites pathologiques :
  - 12 suites opératoires fébriles.
  - 1 septicémie.
  - 1 phlébite.

c) LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES AU COURS DU TRAVAIL, MEMBRANES ROMPUES, EN DEÇA DE LA LIMITE 5 francs-12 heures-12 heures.

Sur 126 opérations il y a :

- 2 décès :
  - 1 péritonite.
  - 1 hémorragie foudroyante 1 h. 30 après l'intervention.
- 19 suites pathologiques.

— 13 suites opératoires fébriles.

— 6 phlébites.

**Après la limite 5 francs-12 heures-12 heures.**

C'est le groupe des opérations qui mériteraient le nom de tardives.

Sur 113 opérations il y a :

18 morts soit 16 %

59 suites pathologiques soit 52,6 %

Mais mortalité et morbidité ne s'élèvent d'ailleurs pas rigoureusement ensemble selon que nous envisageons :

GRUPE I. — Les opérations pratiquées *peu au-delà* de notre limite avec :

- |   |                                                    |
|---|----------------------------------------------------|
| } | — dilatation de 5 francs à grande paume ;          |
|   | — rupture des membranes datant de 12 à 24 heures ; |
|   | — durée du travail entre 12 et 24 heures.          |

Ce qui domine dans ce groupe, c'est l'*élévation considérable de la morbidité*. Il y a en effet :

Sur 65 opérations :

— 3 décès :

— 1 syncope de la fin de l'intervention.

— 2 embolies phlébitiques.

— 46 suites pathologiques :

— 29 suites opératoires fébriles.

— 10 phlébites.

— 4 parotidites.

— 2 phlegmons rétro-vésicaux.

— 1 septicémie à streptocoques.

GROUPE II. — Les opérations très tardives, loin de la limite 5 francs-12 heures-12 heures — avec :

- { — dilatation complète ou presque complète ;
- { — membranes rompues depuis plus de 24 h. ;
- { — travail durant plus de 24 heures.

Nous plaçons aussi dans ce groupe, les cas réalisant les conditions d'un des groupes précédents mais qui présentent, en plus, un des facteurs accidentels de gravité dont nous avons vu précédemment l'importance : œdème secondaire inflammatoire du col, hyperthermie, procidences, hémorragie par insertion basse du placenta, obésité, etc...

Nous trouvons ici une mortalité très importante, puisque,

Sur 48 opérations il y a :

— 15 décès :

- 5 infections généralisées.
- 5 syncopes de la fin de l'intervention.
- 2 péritonites.
- 1 embolie phlébitique.
- 1 septicémie.
- 1 ictère grave chloroformique.

— 15 suites pathologiques :

- 11 suites opératoires fébriles.
- 3 phlébites.
- 1 parotidite.

Ainsi le groupe I nous apparaît comme celui de la morbidité et, en particulier des phlébites, avec tous les risques qu'elles comportent, risques considérables

puisque sur 3 décès, 2 sont dus à des embolies. C'est donc le groupe des opérations risquées.

Quant au groupe II, la mortalité de près d'un tiers, qui en grève le pronostic, rend inutile tout commentaire. Ce sont les cas à ne pas opérer, tout au moins de césarienne basse.

---

## CHAPITRE IV

---

### ÉTUDE DE LA MORTALITÉ ET DE LA MORBIDITÉ

---

#### B) Mortalité

Lorsqu'on examine la statistique de la Clinique Baudelocque, on constate qu'il y a 3 groupes de décès :

1° Un groupe important de *décès immédiats, syn-  
copes survenant à la fin de l'intervention* pour la plupart ;

2° Un groupe très important de *décès survenant dans  
les jours qui suivent l'intervention, dus à des accidents  
infectieux* et que nous avons classés sous les étiquettes  
de : infection généralisée, péritonite, embolie phlébi-  
tique ;

3° Un groupe, sans grand intérêt, de décès sur-  
venues dans *des conditions diverses*.

#### 1° Etude des décès immédiats.

Une fois il s'est agi d'une HÉMORRAGIE FOUDROYANTE POST-OPÉRATOIRE. Ce cas ne semble appeler aucun com-  
mentaire. Il est isolé, il appartient à des faits connus

qui peuvent être rapprochés des hémorragies de la délivrance que l'on observe après les accouchements par les voies naturelles. Ce cas concerne d'ailleurs une femme opérée alors que la limite 5 francs-12 heures-12 heures n'était pas franchie.

8 fois, il s'est agi de **SYNCOPE SURVENUE A LA FIN DE L'INTERVENTION.**

8 décès sur 436 opérations, cela fait une proportion de 1,83 %.

Jamais un tel pourcentage d'accidents mortels anesthésiques n'est observé au cours des autres interventions chirurgicales.

Or, l'étude des comptes rendus opératoires, l'observation d'un cas auquel il nous a été donné d'assister, peuvent faire penser qu'il ne s'agit pas d'une banale syncope anesthésique, mais d'un phénomène plus complexe.

Généralement le processus est le suivant : au cours de l'intervention, souvent après l'extraction de l'enfant, l'anesthésiste remarque la cyanose intense de la femme et l'opérateur la coloration foncée du sang. Le masque est enlevé.

Tout débute donc comme une quelconque syncope bleue.

Mais alors, malgré l'ablation du masque, le facies ne se recolore pas ou se recolore mal. La respiration qui a souvent été normale jusque-là diminue d'amplitude et de fréquence. La langue est prise dans une pince, le tube pharyngé mis en place.

En dépit de ces précautions, cyanose et faiblesse respiratoire s'accroissent.

On met alors en jeu la respiration artificielle, les inhalations d'oxygène, l'injection de toni-cardiaques.

Quelquefois, une amélioration se produit et l'opérateur peut terminer l'intervention. Mais, très vite, et *sans que l'anesthésie ait été reprise*, l'embarras respiratoire reparait et s'exagère, le pouls faiblit, la tension artérielle s'effondre et, quoi que l'on fasse, respiration artificielle prolongée, ingestion intra-cardiaque d'adrénaline, la femme meurt en état de collapsus.

Il est à noter que :

- l'anesthésique a été tantôt et plus souvent l'éther, tantôt le chloroforme;
- l'acte opératoire s'est déroulé normalement. Une seule fois on a noté une hémorragie importante au cours de l'intervention.
- Quand aux indications qui l'auraient motivée :
  - 1 fois il s'agissait *d'hémorragies à répétition depuis 2 mois par insertion basse du placenta* chez une femme présentant une dilatation de 5 francs, en travail depuis 5 heures, l'œuf étant fermé (obs. 847-1928);
  - 3 fois il s'agissait de *femmes obèses* :
    - l'une d'elles (obs. 1574-1929) a été opérée avant tout début de travail, membranes intactes ;
    - une autre (obs. 1974-1927) a été opérée après 10 heures de travail, membranes rompues depuis 1 heure;

- nous n'avons aucun renseignement sur l'état de la 3<sup>e</sup> ;
- 4 fois il s'agissait d'un *rétrécissement pelvien* :
  - dans 3 cas les symptômes étaient ceux d'un travail avancé ;
  - dilatation complète (obs. 1667-1930) ;
  - dilatation 5 francs, travail durant depuis 20 heures, membranes rompues depuis 4 heures (obs. 251-1929) ;
  - dilatation complète, travail durant depuis 22 heures, membranes rompues depuis 16 heures. Température 38°4 (obs. 1843-1925) ;
- dans 1 cas, le travail était moins avancé : dilatation 2 francs, travail durant depuis 22 heures, membranes intactes, mais il s'agissait d'une femme atteinte de quadriplégie par poliomyélite antérieure aiguë.

*Ainsi les 8 fois, cet accident est survenu chez des femmes opérées dans des conditions cliniquement défavorables.*

D'ailleurs, doit-on considérer le syndrome comme une banale syncope anesthésique ? Quatre raisons nous incitent à penser le contraire :

- 1) la fréquence extrême de ces accidents au cours des opérations césariennes ;
- 2) l'accentuation de la cyanose et de la difficulté respiratoire, l'évolution vers le collapsus, malgré le retrait précoce du masque et la mise en jeu des moyens habituels.
- 3) le fait que de tels phénomènes sont souvent obser-

vés, non plus au cours de l'anesthésie, mais dans un délai de quelques minutes à une heure après la fin de l'intervention, 2 fois sur 8 cas, ils sont survenus 1 heure après l'opération.

4) Des accidents, en tous points analogues, ont été notés au cours ou après des interventions par voie basse, exactement 4 fois sur 183 observations à la clinique Baudelocque. Or, s'il s'agissait de femmes en travail depuis longtemps, les doses d'anesthésique administrées ont été relativement très faibles.

Ainsi, on peut se demander, s'il ne faut pas reconnaître à cet accident post-opératoire une étiologie plus complexe que celle d'une banale syncope anesthésique et si la brusque déplétion abdominale chez une femme dont l'état est peu favorable à l'intervention, n'entre pas, pour une grande part, dans cette étiologie.

Quoi qu'il en soit un tel accident ne saurait, en aucune façon, être porté au passif de l'opération césarienne basse. On peut penser qu'il serait venu compliquer n'importe quelle autre intervention par voie haute effectuée chez les mêmes femmes.

## **2° Etude des décès liés à l'infection opératoire.**

Il y a des morts dans les jours qui suivent l'intervention.

Classiquement, ce sont presque toujours des péritonites. C'est cette crainte de la péritonite qui a inspiré la plupart des modifications de technique opératoire. Or, à mesure que se sont perfectionnés les procédés chirurgicaux, et qu'on a pratiqué des interventions de

plus en plus tardives, un syndrome de mortalité post-opératoire s'est montré de plus en plus fréquent = celui de L'INFECTION GÉNÉRALISÉE A ALLURE SEPTICÉMIQUE. L'individualité de ce syndrome est indiscutable : la clinique le prouve, l'anatomie pathologique l'explique.

Cette infection généralisée à allure septicémique a été observée 5 fois à la clinique Baudelocque. En dehors d'elle il y a eu :

- 1 septicémie avec hémoculture positive ;
- 5 péritonites ;
- 4 embolies phlébitiques.

L'INFECTION GÉNÉRALISÉE A ALLURE SEPTICÉMIQUE est toujours survenue chez des femmes opérées dans des conditions particulièrement défavorables.

- 4 fois les membranes étaient rompues depuis plus de 20 heures ;
- 4 fois le travail durait depuis plus de 30 heures ;
- 4 fois la dilatation était supérieure à 5 fr. ;
- 1 fois la dilatation était stationnaire à 2 fr. depuis 48 heures ;
- 1 fois il y avait une infection amniotique grave ;
- 1 fois la température s'était élevée progressivement à 38°5 ;
- 1 fois il y avait un œdème infectieux du col.

*Cliniquement*, le début de cette infection s'est manifesté dans des conditions variables :

— Tantôt (3 fois) obs. 2548-1932, 372-1931, 2539-1931, il s'est agi de femmes opérées en état d'infection et le traumatisme opératoire n'a fait que donner un coup de fouet à cette infection.

— Tantôt (2 fois) obs. 2226-1926, 1147-1935, il y a eu un véritable intervalle libre entre l'intervention chirurgicale et le début de l'infection — intervalle libre pendant lequel l'état général a été satisfaisant, la température ne dépassant pas 38 ou 38°5, le pouls non rapide et bien frappé, le facies satisfaisant, la femme calme.

Cet intervalle libre a été :

1 fois de un jour ;

1 fois de 3 jours ;

Quel que soit le mode de début on observe alors :

— une élévation thermique, souvent très marquée à 40-41, parfois plus discrète à 38-38,5.

Mais même dans ce cas

— la tachycardie traduit l'atteinte profonde de l'état général. Le pouls est dissocié de la température, battant à 150 ou 160 pour une température à 40, à 140 pour une température à 38 ; mal frappé, petit, filant, il va en s'accélégrant pour finir par devenir incomptable.

— La dyspnée est un symptôme dominant. A type de polypnée, atteignant dans un de nos cas 70 inspirations à la minute, elle est progressivement croissante et s'accompagne d'une cyanose souvent très marquée du visage et des lèvres.

Couvertes de sueurs, cherchant péniblement leur respiration, en proie à une angoisse extrême, ces femmes donnent des signes de l'agitation la plus vive.

— Il y a parfois du subictère des conjonctives, toujours de l'oligurie, voire même de l'anurie.

— Parfois, l'abdomen est souple, non douloureux,

non ballonné. Le Mickulicz, quand il y en a un, n'est pas imbibé et reste sans odeur.

Mais parfois aussi, au tableau d'infection générale, se surajoute une participation péritonéale, tantôt simple état nauséux avec ballonnement, tantôt irritation péritonéale plus nette avec vomissements, hoquet, arrêt des gaz. Les traits sont tirés, le nez pincé ; c'est le tableau de la septicémie péritonéale

*L'évolution* est alors le plus souvent extrêmement rapide ; en quelques heures, rarement plus de 24, les femmes meurent au milieu de symptômes d'algidité et de collapsus.

En ce qui concerne nos 5 cas l'évolution a duré, en tout, depuis l'intervention :

2 fois 2 jours ;

1 fois 3 jours ;

2 fois 4 jours.

A l'autopsie, l'ouverture de l'abdomen montre parfois des anses intestinales distendues, mais sans pus ni fausses membranes. L'utérus est d'aspect normal, les sutures ont parfaitement résisté. La coupe ne montre, macroscopiquement, rien d'anormal.

Cependant, quelquefois, dans le Douglas, on trouve quelques centimètres cubes de liquide louche, bouillon sale, dans lequel l'examen direct et la culture montrent du streptocoque.

De ce type d'infection généralisée, il faut rapprocher un cas de *septicémie* vraie, avec hémoculture positive, survenue chez une femme opérée avant tout travail l'œuf étant fermé pour *insertion basse* du placenta,

mais ayant présenté des hémorragies répétées depuis 6 jours.

LA MORT PAR PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE a été observée 5 fois.

L'état des femmes, au moment de l'intervention, a été, ici, moins défavorable que précédemment :

- 1 fois il s'agissait d'une femme obèse opérée à dilatation de 2 fr. après 12 heures de rupture des membranes et 12 heures de travail ;
- 1 fois d'une femme opérée après 26 heures de rupture des membranes, 24 heures de travail, à dilatation de grande paume, avec une présentation du siège descendue dans le vagin ;
- 1 fois, il y avait une infiltration œdémateuse importante du segment inférieur et du paramètre chez une femme en travail depuis quelques heures ;
- 1 fois la dilatation était à petite paume ;
- 1 fois, la femme avait été opérée avant tout début de travail, membranes intactes.

*Cliniquement*, la péritonite ne se manifeste pas d'emblée par des signes nets. La température est bien fébrile ou subfébrile, le pouls est bien un peu rapide, mais il reste bien frappé, régulier et le ventre est souple, peu douloureux. Un symptôme pourrait paraître suspect : *l'opérée ne rend pas de gaz*, mais c'est là un phénomène fréquent après les interventions abdominales.

C'est seulement au 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour que l'on commence à s'en inquiéter ; rapidement d'ailleurs, la brusque altération de l'état général : l'aspect du facies, les vomissements, le hoquet, le pouls petit, incomptable, le météo-

risme ne rendent que trop évident le diagnostic. Dans les cas drainés, on note par l'orifice abdominal une suppuration franche.

L'évolution est alors rapidement mortelle.

Par rapport à l'intervention, elle est survenue dans nos cas,

1 fois au 4<sup>e</sup> jour ;

2 fois au 5<sup>e</sup> jour ;

1 fois au 6<sup>e</sup> jour ;

1 fois au 7<sup>e</sup> jour.

Comment expliquer la pathogénie de la péritonite ?

Cette complication, si fréquente après les césariennes corporéales tardives, était due d'une part à l'évolution des phénomènes infectieux locaux, d'autre part à la désunion des sutures utérines.

Lorsqu'il s'agit d'une césarienne portant sur le segment inférieur, zone non contractile, le relâchement des fils est peu marqué, mais la tendance à la suppuration et à la désunion au niveau de chaque point ne se manifeste pas moins.

Le grand avantage de ce procédé est d'assurer une excellente péritonisation et, le plus souvent, l'infection, qui reste sous-péritonéale, ne compromet pas le pronostic vital.

Cette infection n'en existe pas moins.

Elle peut être atténuée et avoir pour aboutissant l'expulsion par le vagin d'un fragment de cicatrice ou de la cicatrice musculaire tout entière comme dans les cas relatés par M. Couvelaire, Andérodias et Péry, Rocmans. On peut observer aussi comme dans notre

observation 2840 de 1931 une hémorragie foudroyante par chute d'escarre au 11<sup>e</sup> jour.

D'autres fois la suppuration est franche, comme après césarienne corporéale, mais elle ne franchit pas la barrière péritonéale et constitue un phlegmon rétro-vésical qui peut s'évacuer par le vagin.

Mais dans certains cas de grande septicité, la protection péritonéale se montre insuffisante et peut céder. Dans un de nos cas (obs. 1289 de 1935), l'autopsie d'une femme morte au 6<sup>e</sup> jour de péritonite a montré la désunion de toutes les sutures, non seulement du double plan musculaire qui avait cédé en totalité, mais encore du double plan péritonéal croisé en paletot.

Le segment inférieur était nécrosé dans sa totalité et transformé en un magma d'aspect sphacelique. Par ailleurs il y avait du pus et des fausses membranes dans tout l'abdomen, anses intestinales étaient rouges et dilatées.

L'EMBOLE PHLÉBITIQUE MORTELLE a été observée 4 fois. Elle est survenue respectivement aux 12<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup> et 26<sup>e</sup> jour après l'intervention.

1 seule fois, il s'agissait d'une femme manifestement infectée (température progressive à 38,5, fétidité du liquide) opérée à dilatation complète après 11 heures de travail et 5 heures de rupture des membranes ;

3 fois les femmes avaient été opérées dans des conditions normales.

— 1 fois avant tout début de travail, membranes intactes ;

— 1 fois après quelques heures de travail, mais dilatation nulle ;

— 1 fois à dilatation de 5 francs après 11 heures de travail.

Les 4 fois la phlébite était connue avant l'embolie.

Aux décès de nature infectieuse, il faut vraisemblablement ajouter celui de l'observation 2840-1931, dû à une hémorragie foudroyante par chute d'escarre du segment inférieur, 11 jours après l'intervention. Ce phénomène, absolument comparable à l'élimination d'une cicatrice utérine, doit selon toute vraisemblance être rapporté à l'infection.

### 3° Les décès dus à des causes diverses.

Ils sont au nombre de 2.

— l'un est dû à un ictère grave chloroformique (obs. 2102-1929) survenu le surlendemain d'une intervention pratiquée à dilatation de grande paume, après 41 heures de travail et 9 heures de rupture des membranes, chez une femme qui, par ailleurs, ne semblait présenter aucune tare, hépatique ou autre.

— l'autre est dû à une broncho-pneumonie (obs. 1106 — 1931) chez une femme opérée au début du travail, membranes intactes.

## B) Morbidité

La morbidité globale a été, à la clinique Baudelocque, de 108 cas, soit 24,8 %.

Ces 108 cas se répartissent ainsi :

— Suites opératoires fébriles 72 soit sur 436 interventions 16,5 %.

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| — phlébites. . . . .       | 25 soit 5,7 %. |
| — parotidites . . . . .    | 5 soit 1,1 %.  |
| — phlegmons rétro-vésicaux | 2.             |
| — septicémies . . . . .    | 2.             |
| — phlegmon du ligament     |                |
| large . . . . .            | 1.             |
| — désunion totale de la    |                |
| paroi . . . . .            | 1.             |

Dans l'ensemble le taux de 25 % de morbidité peut paraître formidable, en particulier celui de près de 6 % pour les phlébites qui n'est, en chirurgie gynécologique, que de 2 à 3 %.

Ces chiffres concordent cependant avec ceux que donnent d'autres auteurs.

D'après Engelhard, la morbidité globale serait également de 25 %.

Ginglinger et Tassovatz signalent sur 346 césariennes basses une morbidité de 57 % dont 6 % de phlébites. Keller rapporte différentes statistiques qui donnent des chiffres variant de 35 à 58 %.

En ce qui concerne nos cas, nous avons groupé sous le terme DE SUITES OPÉRATOIRES FÉBRILES toutes les élévations thermiques post-opératoires qu'aucune raison nette ne peut suffire à expliquer.

S'agit-il d'une résorption d'hématomes ou de caillots, d'une infection transitoire utérine ou générale ? Cela paraît plus vraisemblable qu'un processus pulmonaire fugace post-anesthésique ainsi que le supposent Ginglinger et Tassovatz.

Il nous paraît artificiel de distinguer, comme le font ces derniers, de fièvres de 1 jour, 2 jours, 3 jours. C'est bien plutôt sur l'intensité des symptômes généraux, température, pouls, facies, et sur la durée de l'hospitalisation, en dehors de toute autre complication surajoutée, qu'on peut distinguer des cas légers, moyens et graves.

*Les cas légers*, qui se sont caractérisés par une ascension thermique, souvent faible, au-dessous de 39, de courte durée et qui n'ont pas nécessité un séjour à l'hôpital de plus de 25 jours, sont au nombre de 30. Parmi eux :

4 femmes ont été opérées avant tout début de travail ;  
12 femmes ont été opérées alors que la dilatation ne dépassait pas 5 francs, que la durée du travail et de rupture des membranes ne dépassait pas 12 heures ;

6 femmes ont été opérées au-dessus de cette limite ;

8 femmes ont été opérées alors qu'il existait un élément surajouté de gravité :

- 1 fois une cardiopathie décompensée ;
- 3 fois une élévation thermique entre 38,1 et 38,5 ;
- 2 fois une procidence du cordon ;
- 2 fois un œdème inflammatoire secondaire du col.

*Les cas moyens* (ascension thermique plus marquée, atteinte plus grave de l'état général, durée d'hospitalisation inférieure à 40 jours) sont au nombre de 23.

Parmi eux :

2 femmes ont été opérées avant tout début de travail ;

4 femmes ont été opérées au dessous de la limite 5 fr.-  
12 h.-12 h. ;

8 femmes ont été opérées au-delà de cette limite ;

9 femmes ont été opérées alors qu'il existait un élément surajouté de gravité :

2 fois des hémorragies *répétées* par intervention basse du placenta ;

— 3 tentatives d'extraction par forceps ;

— 1 infection amniotique nette ;

— 1 fois un œdème inflammatoire secondaire du col ;

— 1 fois une élévation thermique à 38°4 ;

— 1 fois la présentation était descendue dans le vagin.

*Les cas graves* enfin (atteinte sévère de l'état général, durée d'hospitalisation supérieure à 40 jours) sont au nombre de 10. Parmi eux :

5 femmes ont été opérées au-dessous de la limite 5 fr.-  
12 h.-12 h. ;

3 femmes ont été opérées au delà de cette limite ;

2 femmes ont été opérées alors qu'il existait un élément surajouté de gravité :

— 1 fois, œdème inflammatoire secondaire, fé-tidité du liquide amniotique, température ;

— 1 fois tentative d'extraction rapide du fœtus par le procédé de Delmas chez une femme en travail depuis 11 heures.

Dans 9 cas nos observations sont trop imprécises pour nous permettre de les classer.

Ainsi, dans l'ensemble, si le caractère fébrile des suites opératoires est surtout l'apanage des opérations tardives ou effectuées dans des conditions défavorables, il ne semble pas y avoir de rapport net entre l'état de la femme au moment de l'intervention et la gravité de la complication. Ceci tient peut-être au fait que nombre de suites fébriles sont dues à la résorption d'hématomes et résultent plus d'une hémostase et d'une toilette péritonéale insuffisantes que des circonstances cliniques de l'intervention.

LES PHLÉBITES, par contre, sont d'autant plus fréquentes que les conditions de l'intervention sont moins favorables. Nous notons en effet :

12 phlébités dont 3 compliquées d'embolie sur 323 opérations effectuées avant la limite 5-12-12 ;

9 phlébités dont 2 compliquées d'embolie sur 59 opérations effectuées après cette limite mais en dehors de tout facteur d'aggravation surajouté ;

4 phlébités dont 2 compliquées d'embolie sur 54 opérations effectuées chez des femmes présentant un facteur surajouté de gravité. Dans ces 4 cas particuliers, il y avait :

— 2 fois un œdème inflammatoire secondaire du col ;

— 2 fois une élévation thermique au moment de l'intervention à 38°4 et 39°2.

Quant aux PAROTIDITES, elles ont été le plus souvent l'apanage des cas opérés tardivement puisque :

- 2 fois seulement la dilatation ne dépassait pas 5 francs avec une durée de travail égale à 20 heures et à 33 heures ;
- 1 fois elle était à petite paume avec une durée de travail de 72 heures ;
- 1 fois elle atteignait une grande paume après 20 heures de travail ;
- 1 fois elle était complète et la température s'élevait à 38°2.

Nous n'avons pas donné de chiffre pour les ENDOMÉTRITES. Il serait forcément inexact, tous les degrés existant entre l'endométrite aiguë, fébrile et le caractère simplement anormal des lochies.

Nous ne cherchons pas non plus à évaluer le chiffre DES SUPPURATIONS PARIÉTALES, toujours très grand, lorsque le contenu de l'œuf est infecté.

D'après la statistique de Brouha :

- dans 73 % des suppurations importantes, la poche des eaux était rompue depuis plus de 4 heures ;
- dans 53 % des cas l'infection utérine se compliquait de suppuration pariétale.

Pour pallier à cet incident, Mahon propose la fermeture systématique de la paroi abdominale en un plan et publie une série de 25 opérations césariennes ainsi pratiquées, sans une suppuration de la paroi.

---

## DEUXIÈME PARTIE

---

PEUT-ON AMÉLIORER  
LES RESULTATS OPÉRATOIRES ?



## CHAPITRE I

---

### POSSÈDE-T-ON UN CRITÈRE BACTÉRIOLOGIQUE QUI PERMETTE DE LES AMÉLIORER ?

---

En raison de l'incertitude connue depuis longtemps des tests cliniques de gravité, on a pensé rechercher des tests bactériologiques et l'on s'est demandé si, dans les cas où des germes seraient trouvés dans la cavité ovulaire, on pourrait déterminer leur virulence, et, partant, la gravité de l'infection.

Vogel, Döderlein, Brindeau, Jeannin, Daniel ont pratiqué la recherche des germes par prélèvement direct, raclage de la face fœtale du placenta, ou ponction du pôle inférieur de l'œuf.

En réalité, la simple traversée du canal vaginal et la seule ponction de l'œuf équivalent, quelles que soient les précautions dont on s'entoure, à une certitude de souillure. Risacher par cette méthode n'obtient qu'un seul liquide stérile sur 15 prélèvements.

Seuls peuvent être pris en considération les résultats de la culture des liquides prélevés au cours des opérations césariennes ainsi que l'on fait Walthard, Schickelé, Harris et Brown, Risacher.

Réunissant les chiffres apportés par ces divers au-

teurs, on constate que dans 32 % des cas le liquide amniotique se montre septique, malgré l'intégrité des membranes ; mais il s'agit toujours de femmes en travail depuis un temps plus ou moins long et les premières conclusions qui s'imposent sont que :

1° Dans tous les cas où il n'y a pas eu de début de travail, les cultures restent stériles ;

2° Dans tous les cas où il y a eu début de travail, le pourcentage des liquides septiques augmente avec le degré de la dilatation et la durée du travail.

C'est ainsi que, le plus souvent, à un travail durant depuis moins de 3 heures et une rupture des membranes d'une durée inférieure à 10 heures, correspond un liquide stérile. A une durée de travail et de rupture des membranes supérieures à 10 heures correspond généralement un liquide septique.

Les germes sont trouvés parfois seuls, le plus souvent associés — aérobies ou anaérobies. Par ordre de fréquence décroissante il s'agit de :

Streptocoques pyogènes (hémolytique dans 1/4 des cas) ;

Streptocoques anaérobies ;

Staphylocoques blancs ;

Entérocoques ;

Bacilles diphtéroïdes aérobies ;

Colibacilles ;

Staphylocoques dorés

et un grand nombre d'autres germes, beaucoup plus rares.

Un point mérite une mention spéciale : l'absence du

gonocoque, jamais retrouvé ; ceci tient peut-être au fait que ce germe est particulièrement difficile à cultiver, peut-être aussi à ce qu'il est extrêmement fragile et vite détruit ou phagocyté.

Risacher a recherché la cause de l'infection de l'œuf fermé. Il a étudié les modifications que subissent les membranes au niveau de la poche des eaux. Sous l'influence du travail, la caduque tend à disparaître, et l'épithélium amniotique à se distendre ou même à se rompre.

Ces modifications histologiques, jointes à la disparition du bouchon muqueux sur l'importance de laquelle insiste Jeannin, suffisent à expliquer le franchissement par les germes d'une barrière demeurée intacte pendant toute la gestation.

Quoiqu'il en soit, à ne considérer que les résultats ci-dessus, aucune césarienne ne pourrait être pratiquée sans risques plus de 3 heures après le début du travail ou plus de 10 heures après la rupture des membranes. Or, l'expérience prouve que ces limites peuvent être largement dépassées. C'est qu'en effet, du seul point de vue bactériologique, il faut tenir compte de 3 facteurs dans l'établissement du pronostic :

- la nature des germes ;
- leur association ;
- leur virulence.

*La nature des germes* doit entrer en ligne de compte. Risacher conclut à la très grande fréquence, dans les cas mortels, du streptocoque, hémolytique ou anaérobie, ce germe entraînant une mortalité de 13 % et une morbidité de 65 %.

*L'association des germes* est un élément d'aggravation bien connu. La pullulation des uns favorise celle des autres ou exalte leur virulence. On a pu démontrer que les anaérobies, par exemple, favorisent considérablement les septicémies à streptocoques en détruisant localement les « *barrières de résistance microbienne* ».

*La virulence des germes*, bien étudiée expérimentalement par Risacher, se montre totalement différente selon l'organisme dans lequel ces germes se développent. Tel germe, entraînant chez l'accouchée une septicémie mortelle, ne produit à haute dose aucun effet chez l'animal, et n'acquiert de virulence qu'après un certain nombre de passages. Tel autre, prélevé au niveau des voies génitales, tue la souris en quelques heures, alors que chez la femme, les suites opératoires sont apyrétiques.

C'est donc que chez la femme en travail, certaines conditions peuvent exalter la virulence des germes. Il nous faut insister sur le rôle qui paraît capital, de la *résistance de l'organisme*.

*Au point de vue physiologique*, le travail, pour peu qu'il se prolonge ou qu'il soit intense provoque un brusque fléchissement de la résistance de l'organisme et une diminution, parfois considérable de l'immunité vis-à-vis de l'infection. Ce fait seul peut expliquer la virulence qu'acquière dans certains cas des germes habituellement inoffensifs pour l'animal ou pour la femme en dehors du travail. Cela n'est plus douteux depuis que M. Lévy-Solal, Simard et Leloup, par l'étude des intradermo-réactions au filtrat de culture streptococcique ont

bien mis en évidence un véritable état de réceptivité

« Les femmes que nous avons vu mourir avec une hémoculture positive au streptocoque avaient une intra-dermo-réaction nulle ou très faible. Cette négativité de l'intra-dermo-réaction existait, non seulement à la période terminale, mais existait dès l'accouchement ou dès les premiers signes d'infection » (J. Ravina).

Holmes et Burdick ont émis l'hypothèse que pendant le travail les divers métabolismes sont considérablement augmentés. Il en résulterait une libération massive des produits de désintégration des albuminoïdes et des graisses ce qui aurait pour effet de paralyser les réactions de défense de l'organisme.

Il est certain d'autre part, que la pullulation des germes a pour conséquence la résorption rapide d'un grand nombre de toxines microbiennes.

Quoi qu'il en soit, si le fléchissement de la résistance de l'organisme est incontestable, on ne possède aucun moyen clinique d'apprécier extemporanément son degré.

Ainsi, l'étude bactériologique du liquide amniotique n'apporte aucun élément susceptible d'éclairer le pronostic. Et quand bien même il existerait une relation quelconque entre la présence ou la nature des germes et la gravité des suites opératoires, aucune technique ne permettrait une identification extemporanée, nécessaire pour dicter la conduite opératoire.

Force nous est donc de rechercher si des procédés opératoires autres que la césarienne basse permettent d'obtenir un résultat plus favorable au delà de la limite 5 francs-12 heures-12 heures.

## CHAPITRE II

---

### LES RÉSULTATS DES INTERVENTIONS ABDOMINALES AUTRES QUE LA CÉSARIENNE BASSE

---

Peut-on faire mieux que la césarienne basse par d'autres procédés opératoires ?

Nous allons passer successivement en revue :

- 1<sup>o</sup> les différents procédés opératoires ;
- 2<sup>o</sup> leurs résultats.

#### Les différents procédés opératoires

Les différents procédés qui ont été proposés pour les interventions tardives sont :

- les modifications de technique de la césarienne corporéale ;
- les césariennes basses extra péritonéales ;
- les modifications de la césarienne basse transpéritonéale.

#### Les modifications de la césarienne corporéale

Certains auteurs, à une époque où l'on ne disposait pas d'un autre procédé, ont essayé d'adapter la césarienne

rienne corporéale aux cas impurs par des modifications de technique.

Les unes visent à éviter la contamination immédiate de la grande cavité péritonéale, au cours même de l'intervention ; les autres tentent d'assurer l'isolement de la cicatrice utérine dans le but de lutter contre l'infection secondaire.

Parmi les premières citons :

— l'extériorisation de l'utérus au cours de l'intervention ;

— les techniques de Zarate et de Magalhaës.

Parmi les secondes.

— l'épiplooplastie ;

— l'enfouissement de la suture utérine ;

— l'exclusion de la suture selon le procédé de Kouwer ;

— la mise en surveillance de la suture ;

— l'extériorisation temporaire de l'utérus selon le procédé de M. Portes,

toutes ces méthodes, d'ailleurs, que nous décrivons ici en allant de la plus simple à la plus complexe, étant très inégales quant à leur valeur et à leurs indications.

L'EXTÉRIORISATION de l'utérus au cours de l'intervention, a été préconisée par M. Couvelaire après A. Guéniot et Muller. Elle nécessite une brèche abdominale suffisante que l'on réduit au besoin sous l'utérus en fermant temporairement par des pinces. Des champs mate-lassés entre utérus et paroi assurent la protection.

L'utérus, une fois débarrassé de son contenu, est soi-

gneusement nettoyé sur toute sa surface. Les champs, les gants, les instruments sont changés.

ZARATE, en outre, coiffe l'utérus extériorisé d'un champ de toile, qu'il incise en même temps que l'organe. L'aide doit soigneusement maintenir le champ sur l'utérus, jusqu'à ce que, après la délivrance, la toilette de la cavité utérine soit faite.

MAGALHAES incise l'utérus entre 2 toiles de caoutchouc fortement adaptées par un anneau élastique.

En réalité, la péritonite primitive est peu à craindre.

C'est l'infection secondaire qui est surtout redoutable, car du fait de son siège sur le corps même de l'utérus, la suture va se trouver soumise à des contractions énergiques, les points, si serrés soient-ils, vont se relâcher et, pour peu qu'il y ait injection, les fils auront tendance à couper, ouvrant ainsi un canal de communication entre les cavités utérine et péritonéale.

Ces faits, sur lesquels M. le Professeur Couvelaire a insisté, notamment en 1909 et en 1929 ont bien été mis en lumière depuis que la pratique de l'extériorisation temporaire a permis de suivre pas à pas cette évolution.

C'est pour pallier à cette infection secondaire que l'on a proposé les procédés suivants :

L'ÉPIPLOOSPLASTIE par suture du tablier épiploïque sur la suture utérine, n'a rencontré qu'une faible faveur, tant en raison de la faible barrière qu'elle oppose à

l'infection que des risques d'étranglement de l'intestin qu'elle comporte.

LE RECOUVREMENT DE LA SUTURE UTÉRINE aux dépens du péritoine utérin par un enfouissement à la Lambert est généralement employé de nos jours à la suite de Favre, Le Lorier, Brouha.

Engelhard affirme sa valeur sur le fait que 2 surfaces séreuses maintenues étroitement accolées se soudent rapidement.

En fait, M. Couvelaire a bien montré qu'à ce point de vue l'utérus ne saurait être comparé à l'intestin car le péritoine très adhérent au corps de l'organe, prête mal, la suture tire, tend à couper, et les plans séreux s'écartent d'autant plus facilement que l'organe se contracte.

LE PROCÉDÉ DE KOUWER (1909). Modifiant le procédé de Lestocquoy qui avait préconisé la marsupialisation de l'utérus, Kouwer (d'Utrecht) adopte dans les cas infectés la technique suivante :

Incision abdominale médiane dont les 2/3 inférieurs sont au-dessus de l'ombilic. Evitant l'issue des anses intestinales, on écarte les deux lèvres de la plaie et on suture le péritoine pariétal au péritoine utérin de telle façon que la face antérieure de l'utérus soit découverte sur une zone ovale, haute de 18 cm., large de 12. Cette suture se fait par 2 surjets concentriques distants l'un de l'autre de 1 à 1 cm. 1/2.

L'utérus est alors incisé verticalement et le reste de

l'intervention conduit comme une césarienne banale.

L'auteur conseille la fermeture de l'utérus ne serait-ce que dans un but hémostatique. Quant à la paroi abdominale, elle est fermée, méchée ou laissée ouverte, selon le degré supposé de l'infection.

Kouwer insiste sur les 3 points suivants :

1° Grâce à la souplesse de la paroi abdominale, l'utérus se prête facilement à toutes les manœuvres habituelles de suture et d'expression ;

2° Les brèches utérines et pariétales se réduisent considérablement, après l'intervention ;

3° Bien que fixé, l'utérus descend facilement grâce au relâchement de la paroi abdominale.

Le traitement secondaire de la plaie est commandé par l'évolution. Tantôt il persiste une fistule utéro-pariétale définitive, tantôt il y a fistule, mais celle-ci se ferme spontanément, tantôt enfin utérus et paroi se ferment par première intention. Dans tous les cas l'auteur recommande de réintervenir secondairement afin de libérer l'utérus et d'améliorer, si besoin est, la cicatrice utérine.

LA CÉSARIENNE SUIVIE DE MISE EN SURVEILLANCE DE LA SUTURE est une variante de ce procédé que Richard décrit dans sa thèse.

L'intervention se déroule comme une corporéale banale jusqu'à l'extraction de l'enfant.

La paroi est ensuite fermée :

en un plan profond,

et un plan superficiel aux catguts et aux crins

alternés. Ces derniers sont laissés longs et serviront à amarrer l'utérus.

La paroi abdominale est fermée jusqu'à l'ombilic, laissée ouverte au-dessous et fixée au pourtour de la suture utérine.

Des pansements quotidiens permettent la surveillance et le nettoyage de la plaie. Les jours qui suivent, selon l'évolution on pratique, ou bien une hystérectomie complémentaire, ou bien, au 10<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup> jour, la libération de l'utérus.

LA CÉSARIENNE SUIVIE D'EXTÉRIORISATION TEMPORAIRE DE L'UTÉRUS mérite une place à part, car elle marque vraiment une grande étape dans l'histoire de l'opération césarienne.

L'insuffisance des procédés précédemment décrits pour parer aux dangers de l'infection ont conduit M. PORTES à imaginer, non plus l'exclusion de la suture, mais l'extériorisation de l'utérus tout entier. Par la suite cet utérus est réintégré si l'évolution est favorable, ou enlevé si l'on craint une généralisation infectieuse.

Idée théoriquement excellente, que fortifie la mise au point d'une technique parfaitement réglée.

En 1923, M. Portes pratique pour la première fois cette intervention chez une femme en état d'infection grave et le résultat en est remarquable. Depuis les cas se multiplient et en 1927, M. Sureau peut, dans un excellent travail d'ensemble en publier 59.

La technique, telle que la propose M. Portes com-

prend 2 temps opératoires distincts, séparés l'un de l'autre par un laps de temps variable :

1° L'hystérotomie abdominale, avec extériorisation de l'utérus ;

2° La réintégration dans le bassin de l'utérus cicatrisé et, en partie, involué.

Ces 2 interventions sont pratiquées sous-anesthésie générale. Exceptionnellement, pour le second temps on peut user de l'anesthésie locale.

#### *Premier temps.*

La laparotomie et l'extériorisation de l'utérus ne diffèrent en rien de celles de la césarienne corporéale classique.

Puis, un 1<sup>er</sup> aide rabat l'utérus en avant et le maintient en antéflexion par un champ qui en cravate la face postérieure.

L'opérateur et un 2<sup>e</sup> aide suturent alors la paroi abdominale en arrière de l'utérus, en un plan total aux fils métalliques. Le dernier fil doit être placé aussi en avant que possible, au contact même du segment inférieur afin que la rétraction de l'utérus vidé de son contenu ne laisse pas de brèche entre lui et la paroi. Par une telle brèche, en effet, des anses intestinales pourraient se hernier ou du liquide amniotique s'écouler. Il importe d'ailleurs de garnir, parfaitement de champs le pourtour de l'utérus.

Hystérotomie, extraction de l'enfant, délivrance ne comportent rien de particulier.

La suture utérine est exécutée selon le procédé habi-

tuel ; notons cependant que M. Portes, en raison de la fréquence de la désunion des sutures, ne pratique plus qu'un seul plan séro-musculaire aux soies.

L'intervention terminée, après nettoyage de la surface utérine à l'éther, changement de gants, d'instruments et de champs, on s'assure que la rétraction de l'organe ne laisse pas un orifice béant entre lui et la paroi. Si cet orifice existe, un point supplémentaire doit l'obturer.

Les pansements de l'utérus peuvent être faits indifféremment au sérum artificiel ou hypertonique, à la bouillie lactique, à l'huile goménolée. L'important est de les renouveler tous les 2 jours ce qui permet en outre de suivre l'évolution de la cicatrice utérine :

a) Dans les cas favorables, la réunion se fait par première intention et l'involution, lente les 3 ou 4 premiers jours, progresse ensuite rapidement. La réaction du péritoine est toujours intense et du 6<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> jour, jusqu'au 14<sup>e</sup> ou 15<sup>e</sup>, la surface de l'organe apparaît recouverte de fausses membranes, tandis que les annexes s'œdématisent et se boursouflent. Dès la fin de la première semaine on peut enlever les soies ;

b) Dans les cas défavorables, la cicatrice utérine se sphacèle et une désunion se produit. Il faut alors panser quotidiennement à la bouillie lactique et attendre que la plaie soit devenue parfaitement propre pour en aviver les bords à la curette et pratiquer une suture secondaire ;

c) Enfin dans les cas très graves où des phénomènes d'infection générale apparaissent une hystérectomie

peut facilement être exécutée sans anesthésie au lit de la malade selon le procédé classique de l'opération de Porro.

### *Deuxième temps*

Deux conditions sont nécessaires pour que soit autorisée la réintégration de l'utérus :

- la cicatrisation parfaite de l'organe avec disparition de tous les exsudats qui le recouvrent ;
- la cicatrisation parfaite de la paroi abdominale.

L'utérus doit être alors du volume d'une orange, sa surface rose, légèrement grenue ; les annexes doivent avoir repris leur aspect normal.

On commence par ouvrir la paroi au-dessus de l'utérus. On décolle ensuite de proche en proche ; les adhérences sont libérées au doigt et au bistouri.

La fermeture se fait par le procédé habituel. Le drainage est rarement nécessaire.

### **Les césariennes extra péritonéales**

Après 40 ans d'oubli, l'opération de Gaillard-Thomas est reprise sous une forme nouvelle par Sellheim (1908).

PROCÉDÉS DE SELLHEIM. — Cet auteur décrit d'abord une intervention entièrement extra péritonéale, par décollement du péritoine vésical. Mais, au cours des deux premières interventions, il se heurte à de telles difficultés qu'il doit transformer son opération en une césarienne transpéritonéale avec suture secondaire des feuillets péritonéaux.

Néanmoins, le principe de la première intervention est repris par Latzko et Döderlein.

PROCÉDÉ DE LATZKO. — La difficulté du décollement du péritoine vésical a fait naître l'idée de se frayer un chemin par voie latéro-vésicale.

Latzko a mis au point la technique suivante :

1. — Distension modérée de la vessie par 150 cc. de liquide.

2. — Laparotomie médiane sans ouverture du péritoine.

3. — Décollement latéral de la vessie et de son péritoine de gauche à droite jusqu'au segment inférieur. La vessie est alors prise dans une valve et réclinée à gauche, manœuvre que facilite la dextro-torsion utérine.

4. — On peut ainsi découvrir le segment inférieur que l'on incise verticalement sur la ligne médiane.

L'extraction de l'enfant, la suture de l'utérus et de la paroi se font sans difficultés.

Dans les cas infectés on peut drainer l'espace rétro vésical, à travers l'angle inférieur de la plaie ou par le vagin.

PROCÉDÉS DE DÖDERLEIN. — Il apporte à celui de Latzko, les 2 modifications suivantes :

— Incision de Pfannenstiel.

— Incision para médiane longitudinale du segment inférieur.

Mais, dans les 2 procédés, de Latzko et de Döderlein,

il faut attendre que le segment inférieur soit bien amplifié et le péritoine segmentaire facilement décollable.

Afin de pouvoir opérer avant la constitution du segment inférieur, Döderlein latéralise l'incision de la paroi abdominale dans le but de cheminer à travers le paramètre.

Il opère ainsi :

1) Position surélevée du bassin.

Incision parallèle à l'arcade crurale, à 2 travers de doigts au dessus d'elle, de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne. Cette incision porte de préférence à droite, ou, mieux encore, sur le côté où se trouve l'occiput fœtal.

La section intéresse les muscles grand et petit oblique ; le transverse n'est en général pas coupé car il reste à l'extrémité externe de l'incision.

2) Ligature et section des vaisseaux épigastriques.

3) Décollement du tissu conjonctif lâche qui conduit au paramètre et au bord latéral de la vessie.

Dans la profondeur apparaissent les volumineux vaisseaux utérins et, le plus souvent, le ligament rond que l'on peut facilement récliner. L'uretère est parfois vu en bas.

Le cul-de-sac péritonéal est récliné vers le haut.

4) L'incision du segment inférieur porte à 1 ou 2 travers de doigt du bord de la vessie, parallèlement à celle-ci.

PROCÉDÉ DE KÜSTNER. — Küstner a décrit et employé sur une vaste échelle le procédé suivant :

- 1) Distension vésicale par 300 cc. d'eau ;
- 2) Incision verticale de la paroi à 4 ou 5 cm. à gauche de la ligne médiane ;
- 3) Décollement latéral du péritoine et de la vessie ;
- 4) Incision du segment inférieur aussi près que possible de la ligne médiane.

Le reste de l'opération n'est en rien modifié.

Mentionnons enfin le PROCÉDÉ DE SOLMS-DÜHRSEN dont le point de départ est une incision parallèle à l'arcade crurale comme pour celui de Döderlein mais qui consiste à inciser, non seulement le segment inférieur, mais aussi le vagin, à extraire l'enfant par l'abdomen, le placenta par le vagin et à reconstituer ensuite le tout.

C'est, en somme, une tentative de rajeunissement de l'ancien procédé de Jörg.

\*  
\* \*

Toutes ces interventions ont, du point de vue technique, un certain nombre de traits communs :

Difficulté extrême de l'abord du segment inférieur au fond d'un puits.

Difficulté opératoire du fait de la présence de nombreux vaisseaux, en particulier des grosses veines rétro-vésicales, tortueuses, dilatées, variqueuses même, semblables à celles que l'on rencontre au niveau de la vulve, conséquence de la stase importante dont l'utérus gravide est le siège.

D'où hémorragies importantes, difficiles à tarir, nécessitant souvent un tamponnement serré.

Possibilité de lésion de l'uretère qui croise transversalement la région et qu'on peut blesser à la partie inférieure de l'incision segmentaire.

Difficulté d'extraction de l'enfant par une brèche insuffisante.

Fréquence, enfin, de l'ouverture accidentelle du péritoine, qui fait perdre à ces opérations l'objectif recherché.

Aussi ces interventions, bien qu'encore pratiquées en Italie, en Amérique, en Allemagne, ne présentent en fait aucune supériorité sur les césariennes transpéritonéales, les seules usitées actuellement en France.

#### **Les autres modifications de la césarienne basse**

Elles ont pour but de réaliser l'exclusion de la cavité péritonéale par suture du péritoine utérin au péritoine pariétal ; ce sont des césariennes secondairement extrapéritonéales.

Sans nous arrêter sur le second procédé de Sellheim (1908) qui réalisait une véritable marsupialisation du segment inférieur, ni sur les innombrables modifications d'un point de technique, nous ne retiendrons que les procédés de Frank, Hirst-Phaneuf, Wodon, Jeannin qui schématisent les grandes combinaisons possibles.

**PROCÉDÉ DE FRANK.** — C'est à Frank (1907) que revient le mérite d'avoir réalisé la première césarienne basse transpéritonéale. Celle-ci consistait en :

- 1) Incision *transversale* de la paroi à quelques centimètres au-dessus du pubis ;
- 2) Incision *transversale* du péritoine utérin ;
- 3) Suture des lambeaux du péritoine viscéral au péritoine pariétal ;
- 4) Incision *transversale* du segment inférieur sur la ligne qui se trouve être ainsi extra-péritonéale.

PROCÉDÉ DE VEIT-FROMME (1908) repris par HIRST-PHANEUF (1920). — C'est une simplification du précédent en ce sens que toutes les incisions sont verticales et qu'après suture péritonéale, la ligne d'exclusion du segment inférieur est verticale.

Après extraction du contenu utérin, les 2 culs-de-sacs péritonéaux sont fixés l'un à l'autre par un surjet au catgut.

PROCÉDÉ DE WODON (1932). — Il réalise une combinaison des 2 procédés :

- 1) Incision médiane sous-ombilicale de la paroi n'intéressant que peau et aponévrose. Les muscles droits sont refoulés latéralement par un écarteur bivalve de façon à dénuder la plus large surface possible de péritoine.

- 2) Incision transversale de celui-ci, aussi longue que possible au voisinage immédiat de la vessie ;

- 3) Section transversale du péritoine utérin jusqu'aux ligaments ronds. On le décolle ensuite, le plus haut possible ;

- 4) Suture du péritoine pariétal au lambeau supérieur

du péritoine utérin, complétée par une fermeture en bourse du péritoine libre de chaque côté ;

5) Décollement vers le bas de la vessie ;

6) Incision transversale du muscle utérin ;

7) Après évacuation et suture de l'utérus, fixation de la vessie contre le surjet péritonéal.

En réalité, tous ces procédés, outre qu'il sont d'exécution pénible, laissent souvent un jour insuffisant pour l'extraction de l'enfant.

PROCÉDÉ DE JEANNIN. — Pour assurer à la fois l'étanchéité du péritoine et la facilité de l'extraction de l'enfant, Jeannin a décrit la technique suivante :

1) Incision médiane sous-ombilicale, jusqu'à la ligne blanche exclusivement.

Ouverture de la gaine des droits *de chaque côté de la ligne médiane*, à 1/2 cm. de celle-ci, *en respectant le mince feuillet postérieur*.

2) Décollement à la compresse des muscles droits qui sont refoulés latéralement.

Ainsi, sur la ligne médiane, la ligne blanche proprement dite reste attachée au fascia transversalis.

3) Ouverture du fascia transversalis et du péritoine accolés, sur la ligne médiane, à mi-chemin de la distance ombilico pubienne. Incision symétrique partant de ce point et se dirigeant en bas et en dehors vers l'orifice inguinal profond. On obtient ainsi une incision en V renversé dont les branches s'écartent à environ 90°.

La face antérieure de l'utérus est alors largement découverte au niveau du segment inférieur.

4) Le péritoine pré-utérin est incisé parallèlement au péritoine pariétal en un V renversé superposable à l'autre, et décollé vers le haut aussi bien que vers le bas.

5) Suture du péritoine pariétal au péritoine viscéral sur *tout le pourtour* de l'incision.

— aux points séparés en bas.

— par 2 surjets de catgut, un par côté, en haut, en veillant bien à ce que les points extrêmes assurent parfaitement l'occlusion du péritoine.

Ainsi, la grande cavité péritonéale se trouve complètement exclue et le segment inférieur découvert sur une large étendue. L'intervention est ensuite poursuivie comme pour une segmentaire banale.

\*  
\* \*

Nous ne pouvons terminer ce chapitre de technique sans passer rapidement en revue les divers modes de drainage.

Quel que soit le procédé employé le drainage est un adjuvant sérieux dans les cas infectés.

Trois méthodes sont possibles :

— le drain ;

— la mèche ;

— le drainage à la Mickulicz.

*Les drains de caoutchouc*, placés dans les fosses iliaques ou le Douglas, sont d'une utilité certaine pour l'évacuation du sang et du liquide amniotique épanchés dans la cavité péritonéale.

En aucune façon il ne constituent une barrière contre l'infection.

*Les mèches de gaze*, par contre, au nombre de 2 ou 3, bien tassées autour de la suture utérine peuvent réaliser une solide protection. Elles ont de plus l'avantage de pouvoir être facilement retirées.

On peut en rapprocher le procédé de *l'habillage utérin* qui consiste à recouvrir la face postérieure, le fond et la face antérieure de l'utérus, après césarienne corporéale, par une grande compresse dont l'extrémité sort à un angle de la plaie.

*Le Mickulicz* a été proposé en 1914 par Zarate pour recouvrir dans le cas suspect, la suture des césariennes corporéales.

En réalité, pour garder son efficacité, le Mickulicz doit, non seulement recouvrir la suture, mais rester bien appliqué contre elle et autour d'elle. Or, la surface convexe du corps utérin n'offre qu'un point d'appui précaire et l'utérus est un organe à la fois mobile et contractile. Aussi les vérifications anatomiques ont-elles permis de constater que, dans la plupart des cas, le sac avait perdu tout contact avec l'organe.

Par contre, il en est tout autrement lorsqu'on a pratiqué une césarienne basse ; le segment inférieur est relativement fixe et ne se contracte pas. La suture utérine déjà recouverte par la vessie et une péritonisation en paletot ne peut que bénéficier de la protection supplémentaire d'un Mickulicz. On peut penser que la désunion partielle de la suture, comme cela se voit dans les cas infectés pourra parfois être protégée par

la couverture de gaze et l'infection rester limitée en arrière de cette barrière.

### **Les résultats des diverses interventions par voie haute**

Nous avons vu le grand nombre d'opérations césariennes, la grande variété de principes et de techniques dont dispose le chirurgien.

Elles peuvent toutes être ramenées à 3 grandes séries :

- celles des césariennes hautes ;
- celles des césariennes extra-péritonéales, avec exclusion du péritoine ou extériorisation temporaire de l'utérus.
- celles des césariennes suivies d'hystérectomie.

#### **Première série**

##### **LA CÉSARIENNE CORPORÉALE.**

Nous croyons nécessaire de donner, à titre de comparaison, les résultats de l'opération césarienne corporéale classique.

*La statistique de la Clinique Baudelocque* comprend de 1920 à 1935 232 opérations césariennes corporéales.

Elles peuvent être ainsi classées par rapport à la limite, 5 francs-12 heures-12 heures.

##### **Avant la limite.**

Sur 217 interventions il y a

9 morts, soit . . . . . 4,1 %  
43 suites pathologique, soit. . . . . 19,8 %

Les résultats ne sont d'ailleurs pas les mêmes selon que l'on envisage

a) LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES AU DÉBUT DU TRAVAIL

Sur 163 opérations il y a :

— 6 décès ;

- 1 mort subite le lendemain de l'intervention ;
- 2 septicémies ;
- 1 péritonite ;
- 1 occlusion intestinale par bride ;
- 1 bronchopneumonie ;

— 18 suites opératoires pathologiques ;

- 11 suites fébriles ;
- 5 phlébites ;
- 2 fistules utéro-pariétales.

b) LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES AU COURS DU TRAVAIL, LES MEMBRANES ÉTANT INTACTES.

Sur 35 opérations, il y a :

— 1 décès ;

- syncope de la fin de l'intervention ;

— 21 suites opératoires pathologiques ;

- 14 suites fébriles ;
- 6 phlébites ;
- 1 parotidite.

7 fois seulement la durée du travail était supérieure à 12 heures (13-14-16-16-18-23-40 heures). Dans la plu-

part des cas la contractilité utérine était faible et 2 fois seulement la dilatation était supérieure à 5 francs.

c) LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES AU COURS DU TRAVAIL, MEMBRANES ROMPUES, EN DEÇA DE LA LIMITE 5 FRANCS-12 HEURES-12 HEURES.

Sur 19 opérations, il y a :

- 2 décès ;
  - 1 embolie phlébitique ;
  - 1 péritonite ;
- 4 suites pathologiques ;
  - 3 suites fébriles ;
  - 1 phlébite.

Ainsi les résultats ont été différents dans chaque éventualité : excellents avant tout travail et entièrement comparables à ceux de la césarienne basse, ils deviennent franchement défavorables dès que surviennent les contractions ; en ce qui concerne les cas opérés avant la rupture des membranes, on est frappé par la fréquence des suites pathologiques, en particulier des phlébites.

**Après la limite 5 francs-12 heures-12 heures.**

Sur 15 opérations il y a :

- 6 décès ;
- 4 suites pathologiques.

Ces 15 cas appartiennent tous au *groupe II*. (Voir p. 47-48). Ils se répartissent ainsi :

*Hémorragie par insertion basse du placenta : 4*

- 1 décès (septicémie);
- 2 suites opératoires fébriles.

Dans ces 3 derniers cas les femmes avaient présenté des hémorragies répétées avant l'intervention.

*Cardiopathies décompensées* : 4.

- 1 mort subite au 34<sup>e</sup> jour;
- 1 suites opératoires fébriles;
- 1 phlébite.

*Albuminuries graves* : 3.

- 1 décès, 8 heures après l'intervention;
- 1 décès (péritonite).

*Eclampsie* : 1.

Suites normales.

*Néphrite chronique* : 1.

Suites normales.

*Pleurésie purulente* avec défaillance cardiaque : 1.

Décès par défaillance cardiaque.

*Tumeur mammaire* chez une femme cachectique :

Décès par congestion pulmonaire.

Dans la plupart de ces cas, il s'agit donc de malades chez lesquelles on a interrompu chirurgicalement la gestation. On ne peut en tenir compte dans l'établissement du pronostic général de l'intervention.

\*  
\* \*

Des statistiques d'origine différente, malgré quelques divergences, confirment la gravité des césariennes corporeales pratiquées au cours du travail, surtout après rupture des membranes.

|                                              | Avant<br>tout<br>travail | En travail<br>membranes<br>intactes | En travail<br>membranes<br>rompues | Après tentative<br>de voie basse |
|----------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Hardley Holland<br>et Munro Kerr             | 1,4 %                    | 1,8 %                               | 9,4 %                              | 26,5 %                           |
| Routh .....                                  | 3,5 %                    | 2,2 %                               | 10,8 %                             | 34,8 %                           |
| Bar .....                                    | 2,9 %                    | 10,8 %                              | 34 %                               |                                  |
| Applegate .....                              | 1,9 %                    |                                     | 13,9 %                             |                                  |
| Polack et Beck..                             | 2,9 %                    |                                     | 11,5 %                             |                                  |
| Reynolds.. ....                              | 1,2 %                    | 6,2 %                               | 12 %                               |                                  |
| Brandt .....                                 |                          |                                     | 13,6 %                             |                                  |
| King..... ....                               |                          |                                     |                                    | 38 %                             |
| Newel..... ....                              |                          |                                     |                                    | 55 %                             |
| Rubin (groupement de plusieurs statistiques) |                          |                                     | 10,7 %                             |                                  |

## II<sup>e</sup> série

### LES CÉSARIENNES EXTRA-PÉRITONÉALES.

Elles connaissent en Italie et dans les pays germaniques une grande vogue. Après quelques essais, tentés notamment par Fabre, elle n'est plus guère utilisée en France. A la Clinique Baudelocque on n'en a pratiqué aucune.

C'est que, quel que soit le procédé adopté, on se heurte toujours à un certain nombre d'obstacles.

D'abord, l'extrême difficulté de l'intervention dans un tissu cellulaire souvent mal décollable, la gêne apportée par la présence des gros vaisseaux et de l'uretère.

Ensuite la fréquence de l'ouverture accidentelle du péritoine qui fait perdre tout le bénéfice de l'intervention.

D'ailleurs, les statistiques étrangères font foi de la médiocrité des résultats :

|                                     | Nombre<br>d'interventions | Mortalité         |                   |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------|-------------------|
|                                     |                           | Transpéritonéales | Extrapéritonéales |
| Martius (de Bonn) ..                |                           | 4,1 %             | 7,5 %             |
| Menge                               | 677<br>385                |                   |                   |
| Stœkel                              |                           |                   | 4,4 %             |
| Engelmann                           |                           | 3,6 %             |                   |
| Walthard                            |                           |                   |                   |
| Latzko .....                        | 150                       |                   | 7,33 %            |
| Gromadski .....                     |                           | 3 %               | 30 %              |
| Winter (cas non in-<br>fectés ..... |                           | 3,7 %             | 6,7 %             |
| (cas infectés)                      |                           | 25 %              | 30 %              |

Au total, la césarienne basse extra-péritonéale d'exécution beaucoup plus délicate, n'apparaît pas comme présentant une supériorité quelconque sur la transpéritonéale.

Elle est donc à rejeter.

#### OPÉRATIONS CÉSARIENNES AVEC EXCLUSION DU PÉRITOINE

L'exclusion du péritoine peut être réalisée :

- au niveau du corps utérin comme dans le procédé de Kouwer ;
- ou au niveau du segment inférieur comme dans le procédé de Jeannin.

KOUWER a publié en 1929 les résultats de 9 cas opérés par lui.

Sur ces 9 femmes :

- 1 est morte à la fin de l'intervention ;
- 1 opérée en état d'infection grave (température à 39, frissons, travail et membranes rompues

depuis 48 heures, enfant mort) est morte au 4<sup>e</sup> jour d'infection généralisée.

— 4 ont présenté des suites fébriles ;

— 1 a fait une phlébite ;

— 1 une endométrite grave.

Une seule, opérée après 14 heures de travail et 17 heures de rupture des membranes a présenté des suites opératoires normales.

Du procédé de Kouwer il faut rapprocher celui de Lestocquoy modifié, que RICHARD décrit dans sa thèse et dont il rapporte 8 cas.

Il s'agit de femmes opérées après un temps de rupture des membranes variant de 2 à 36 heures. Les suites ne semblent pas avoir été particulièrement favorables, puisque

2 fois il a fallu faire un Porro complémentaire ;

1 fois il y a eu occlusion intestinale post-opératoire.

LE PROCÉDÉ DE JEANNIN est longuement décrit par Merger qui présente 8 cas opérés sans mortalité.

Ce procédé n'a été employé qu'une fois à la clinique Baudelocque dans des conditions défavorables chez une femme qui est morte au 3<sup>e</sup> jour d'infection généralisée.

Quoi qu'il en soit, on ne peut juger en toute certitude la valeur d'une opération sur 8 ou 9 cas et les résultats des 3 procédés ci-dessus ne peuvent apporter qu'une impression, d'ailleurs sujette à révision.

**LA CÉSARIENNE SUIVIE D'EXTÉRIORISATION TEMPORAIRE DE L'UTÉRUS.**

Elle a été exécutée 29 fois à Baudelocque, avec les résultats suivants :

Décès : 6 ;

Suites fébriles : 5 ;

Désunion des sutures utérines : 8 ;

résultat qui, dans l'ensemble, sont conformes à ceux que donne M. Sureau.

Nos 29 cas, peuvent être ainsi répartis :

**Avant la limite 5 francs — 12 heures — 12 heures.**

Sur 6 interventions il y a :

— 0 décès ;

— 4 suites fébriles avec, localement, dans un cas deux désunions consécutives des sutures utérines.

**Après cette limite.**

GROUPE I (voir p. 47-48).

Sur 6 interventions, il y a :

— 0 décès ;

— 2 suites fébriles ;

— 2 phlébites dont 1 ayant suivi la désunion de l'utérus.

GROUPE II (voir p. 47-48).

Sur 17 interventions, il y a :

— 6 décès ;

— 1 par syncope de la fin de l'intervention ;

— 4 par infection généralisée (dont 3 avec hémoculture positive.

- 8 suites opératoires pathologiques :
  - 7 suites fébriles dont 4 avec désunion utérine et 1 avec 2 désunions consécutives ;
  - 1 phlébite avec désunion utérine ;

Malgré le nombre restreint de cas, une impression nette se dégage :

Avant la limite 5 francs-12 heures-12 heures, les résultats ne sont pas meilleurs que ceux de la césarienne basse. D'ailleurs, il paraît exagéré d'assumer les inconvénients d'une extériorisation et de deux interventions consécutives dans des cas qui semblent largement justiciables de la césarienne basse.

Par contre, en ce qui concerne le groupe I, après la limite 5 francs-12 heures-12 heures pour autant qu'on puisse en juger sur 6 interventions, les résultats semblent meilleurs que ceux de la césarienne basse et peut-être y aurait-il souvent intérêt à jouer la sécurité en pratiquant dans des cas analogues, l'opération de M. Portes.

Dans le groupe II, les suites opératoires sont aussi défavorables que pour la césarienne basse : 6 décès sur 17 dans l'une, 15 sur 48 dans l'autre, la proportion est à peu près la même.

*L'étude anatomique et pathogénique* des processus infectieux met en lumière les avantages et les inconvénients de la méthode :

a) — *La césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus met à l'abri de la péritonite.*

La péritonite ne résulte qu'exceptionnellement de l'inoculation directe du péritoine. Dans la règle elle est la conséquence du phacèle utérin et de la distention des sutures. Dans l'opération de M. Portes, sphacèle et désunion se produisent bien, mais hors du ventre. Il est évident que, dans notre cas déjà cité (Obs. 1289-1935) l'extériorisation temporaire de l'utérus aurait évité l'infection du péritoine (voir p. 60).

b) — *La césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus ne met pas à l'abri de l'infection généralisée.*

Les conditions même de l'hystérotomie permettent de comprendre que la péritonite, contrairement aux notions classiques, ne soit pas la seule complication à craindre.

Le bistouri, qui sectionne le muscle utérin, ouvre aussi des vaisseaux, en particulier des veines nombreuses, larges, tortueuses, dilatées en véritables sinus. Il ouvre, de même, des troncs lymphatiques. Ce sont des voies toutes préparées pour une infection ascendante. La lame ouvre ensuite la muqueuse utérine et la cavité ovulaire.

Quelles que soient les précautions prises, aucune d'elles ne peut empêcher le contenu de l'œuf d'entrer en contact avec la tranche utérine. Au cours de l'ouverture de l'œuf, de la sortie de l'enfant, de l'extraction du placenta, les germes de la cavité amniotique, souillent forcément les orifices vasculaires béants et se trouvent de ce fait déversés dans le torrent circulatoire. Que la virulence de ces germes soit exaltée, que la résistance

de l'organisme soit amoindrie, il s'ensuit une infection générale mortelle.

M. Sureau rapporte l'examen histologique de l'utérus d'une femme ayant présenté des phénomènes d'infection générale. On avait pratiqué chez elle une césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus ; devant la gravité des phénomènes généraux on avait cru devoir faire le 2<sup>e</sup> jour une hystérectomie secondaire.

La coupe de cet utérus a montré que le caduque était le siège d'une forte infiltration microbienne, *d'autant plus forte qu'on se rapprochait de la ligne d'incision. De très nombreux microbes dans les vaisseaux, même à une certaine distance. Pas de germes ailleurs, aucune infiltration profonde.*

L'hystérectomie secondaire ne put éviter l'évolution mortelle.

Quant au fait de pouvoir pratiquer, si les circonstances l'exigent, une hystérectomie secondaire, ce n'est là qu'une sécurité trompeuse, car la diffusion de l'infection est extrêmement rapide ; on ne conçoit pas en quoi l'exérèse de l'utérus peut influencer favorablement l'évolution d'une septicémie.

Ainsi, plus que jamais, c'est dans le même esprit que M. Portes, qui considère cette intervention comme une opération d'exception, qu'il faut en comprendre les indications.

---

### III<sup>e</sup> Série

#### Une seule intervention :

##### LA CÉSARIENNE SUIVIE D'HYSTÉRECTOMIE

108 d'entre elles ont été pratiquées à la Clinique Baudelocque.

En les groupant par rapport à la limite 5 francs-12 heures-12 heures, les résultats ont été les suivants :

#### **Avant la limite 5 francs-12 heures-12 heures.**

Sur 38 opérations il y a :

2 décès ;

4 suites opératoires pathologiques.

Par rapport aux conditions de l'intervention :

a) OPÉRATIONS PRATIQUÉES AVANT TOUT DÉBUT OU AU DÉBUT DU TRAVAIL.

Sur 25 opérations il y a :

— 0 décès ;

— 2 phlébites ;

b) OPÉRATIONS PRATIQUÉES AU COURS DU TRAVAIL, MEMBRANES INTACTES.

Sur 8 opérations, il y a :

— 2 décès ;

— une péritonite ;

— une anurie par section accidentelle de l'uretère unique de 2 reins coalescents ;

— pas de suites pathologiques.

**c) OPÉRATIONS PRATIQUÉES AU COURS DU TRAVAIL, MEMBRANES ROMPUES.**

Sur 5 opérations, il y a :

- 0 décès ;
- 2 suites opératoires pathologiques ;
  - 1 phlébite ;
  - 1 suite fébrile.

**Après la limite 5 francs-12 heures-12 heures.**

Sur 70 opérations il y a :

- 14 décès ;
  - 22 suites opératoires pathologiques.
- Ils se répartissent ainsi :

**GROUPE I (voir p. 47-48).**

Sur 12 interventions il y a :

- 0 décès ;
- 3 suites fébriles ;
- 1 phlébite.

**GROUPE II (voir p. 47-48).**

Sur 58 interventions il y a :

- 14 décès ;
  - 2 syncopes de la fin de l'intervention ;
  - 7 infections généralisées ;
  - 2 péritonites ;
- 1 décès 24 heures après une hystérectomie pour apoplexie utéro-placentaire ;
- 1 décès 10 jours après une hystérectomie pour pyélonéphrite grave ;

- 1 décès 5 jours après une hystérectomie chez  
une cardiaque décompensée ;
- 18 suites opératoires pathologiques ;
  - 14 suites fébriles ;
  - 4 phlébites.

Ce chiffre de 14 décès apparaît comme considérable, d'autant plus que parmi les 58 interventions il y en a 24 pour insertion basse du placenta et que, sur ces 24 cas, *il n'y a aucun décès*. Par contre, il y a, 3 obèses, toutes 3 décédées, 1 décès chez une femme opérée pour apoplexie utéro-placentaire, 1 décès chez une cardiaque décompensée, 1 décès chez une femme atteinte de pyélonéphrite grave. En ce qui concerne les 8 autres décès, les circonstances cliniques, au moment de l'intervention étaient les suivantes :

- 4 fois les membranes étaient rompues depuis un  
temps fort long (jusqu'à 125 et 200 heures) ;
- 5 fois la température s'était élevée progressivement  
jusqu'à 38°5 et 40° ;
- 4 fois il y avait de l'œdème infectieux du col.
- 4 fois l'hystérectomie avait été précédée de ma-  
nœuvres par voie basse : forceps, basiotripsie,  
embryotomie, dilatation manuelle du col.
- 1 fois (après embryotomie) il y avait rupture utérine.

Ainsi, pratiquée dans ces conditions, l'hystérectomie comporte de gros risques. Le traumatisme opératoire diminue certainement la résistance de l'organisme à une infection en voie de généralisation. D'ailleurs, dans les cas où le col restant, après hystérectomie, est le siège d'un œdème infectieux, dans ceux où il y a infil-

tration du tissu cellulaire pelvien, il persiste un foyer microbien qui peut être à l'origine d'une généralisation.

Avant de conclure, il nous paraît intéressant de comparer les résultats précédents avec ceux des interventions obstétricales pratiquées dans des conditions défavorables.

---



## TROISIÈME PARTIE

---

LES RÉSULTATS DES INTERVENTIONS  
PAR LES VOIES NATURELLES



Les interventions dont nous allons envisager les résultats sont :

- le forceps après incisions du col ;
- la basiotripsie ;
- l'embryotomie ;

toutes opérations plus ou moins traumatisantes.

Nous considérerons un groupe à part : celui des interventions complexes.

#### FORCEPS APRÈS INCISIONS DU COL

Ils sont au nombre de 93.

Aucune intervention n'a été pratiquée avant la limite 5 francs-12 heures-12 heures.

#### Après la limite, 5 francs-12 heures-12 heures

Sur 93 interventions, il y a 4 décès soit 4,3 %.  
21 suites op. pathologiques soit 22,5 %.

GROUPE I (voir p. 47-48).

nombre d'interventions : 20.  
dont 2 suivies de délivrance artificielle ;  
décès : 0 ;  
morbidité : 3 ;  
3 suites fébriles.

GROUPE II (voir p. 47-48).

nombre d'interventions : 73.  
parmi elles 23 suivies de manœuvres intra-utérines,  
délivrances artificielles ou révisions.

décès : 4 :

2 par choc 1 h. et 2 h. 30 après l'accouchement ;

1 par infection générale 20 h. après l'accouchement ;

1 au 10<sup>e</sup> jour par septicémie à colibacilles.

morbidité : 18 :

14 suites fébriles ;

3 phlébites dont une bilatérale ;

1 fistule recto-vaginale.

Il est à noter que, dans un très grand nombre de cas, il s'agissait de femmes se trouvant dans des conditions particulièrement défavorables puisque :

33 fois, les membranes étaient rompues depuis plus de 50 heures ;

35 fois, la durée du travail était supérieure à 50 heures ;

31 fois, la température était au-dessus de 38 ;

15 fois, la température était au-dessus de 39 ;

8 fois, il y avait un œdème secondaire inflammatoire du col.

Malgré ces éléments de gravité, mortalité et morbidité, si on les compare à celles des opérations césariennes, sont remarquablement faibles.

#### BASIOTRIPSIE

Cette opération a été pratiquée 71 fois.

La mortalité globale a été de 6 soit 8,45 %.

Ce chiffre est sensiblement supérieur à celui que donne Souyouldjis (7%) d'après la statistique de la clinique Baudelocque de 1910 à 1926.

La morbidité a été de 14 soit près de 20 %.

Elle comprend : 9 suites fébriles ;

2 phlébites ;

1 phlegmon du ligament large ;

1 fistule vésico-vaginale ;

Ces 71 cas peuvent être ainsi groupés :

**Avant la limite 5 francs-12 heures 12 heures.**

nombre d'interventions : 5 ;

décès : 0 ;

morbidité : 0.

Il s'agit de basiotripsies faites sur tête dernière après version ou grande extraction de siège.

**Après la limite 5 heures-12 heures-12 heures.**

Sur 66 interventions il y a :

6 décès ;

14 suites opératoires pathologiques.

**GROUPE I (voir p. 47-48).**

nombre d'interventions : 10 ;

décès : 2 :

un par rupture utérine ;

un au 6<sup>e</sup> jour par septicémie streptococcique ;

morbidité : 2 :

une phlébite ;

une suite fébrile.

GROUPE II (voir p. 47-48).

nombre d'interventions : 56 ;

dont 25 suivies de délivrance artificielle ;

décès : 4 :

1 au 3<sup>e</sup> jour d'infection généralisée ,

3 de septicémie streptococcique.

morbidité : 12 :

9 suites fébriles ;

1 phlébite ;

1 phlegmon du ligament large ;

1 fistule vésico-vaginale.

Ici aussi, il s'agissait de cas très défavorables puisque :

17 fois les membranes étaient rompues depuis plus  
de 50 heures ;

25 fois la durée du travail était supérieure à  
50 heures ;

28 fois la température était au-dessus de 38 ;

15 fois la température était au-dessus de 39 ;

16 fois il y avait œdème infectieux du col ;

14 fois on avait dû pratiquer des incisions du col ;

6 fois, il y avait physométrie.

Cependant, le chiffre de 4 décès sur 56 apparaît  
comme très faible et de toute façon bien inférieur à la  
proportion de 15 % que donne Souyouldjis pour les  
cas infectés.

EMBRYOTOMIE

Elle présente moins d'intérêt, d'abord parce que nous  
n'en possédons que 11 observations, ensuite parce  
qu'elle a rarement été une intervention tardive :

1 fois seulement la durée du travail était supérieure à 50 h.

2 fois les membranes étaient rompues depuis plus de 50 heures.

Il y a eu, cependant 1 décès par choc, 5 h. après l'intervention chez une femme en travail depuis 11 heures.

2 fois, les suites ont été fébriles.

QUANT AUX INTERVENTIONS COMPLEXES, ou mieux, interventions successives (embryotomie suivie de cranioclasie, détroncation suivie de basiotripsie, etc.), elles ont été pratiquées 8 fois avec 1 décès et 1 suites fébriles.

Le décès est dû à une syncope de la fin de l'intervention chez une femme ayant subi successivement une tentative de basiotripsie, une tentative de version, une embryotomie et finalement une basiotripsie sur tête dernière.

On ne peut tenir compte de ces 2 dernières variétés d'interventions, trop peu nombreuses par elles-mêmes. On voit cependant, pour les autres cas, que le pronostic des interventions par voie basse est moins défavorable que celui des opérations abdominales et ce, d'autant plus qu'il s'agit de femmes en travail depuis plus longtemps et présentant souvent une infection ovulaire caractérisée.



## QUATRIÈME PARTIE

---

COMPARAISON DES RESULTATS  
DES  
DIVERSES INTERVENTIONS  
LES INDICATIONS OPÉRATOIRES



Il reste maintenant à déterminer la valeur respective des diverses interventions et la conduite à tenir dans un certain nombre de situations que l'on peut rencontrer dans la pratique courante.

La valeur des diverses interventions nous est donnée par la comparaison des résultats obtenus dans chacun des groupes de gravité différente.

Rappelons-en les chiffres ; le premier est celui du nombre total des cas, le second celui de la mortalité, le 3<sup>e</sup> celui de la morbidité.

|                                                                           | Avant la limite<br>5 fr. 12 h. 12 h | Après la limite<br>5 fr. 12 h. 12 h. |            |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------|
|                                                                           |                                     | Groupe I                             | Groupe II* |
| Césariennes basses.....                                                   | 323 (9-47)                          | 65 (3-46)                            | 48 (15-15) |
| Césariennes corporéales .                                                 | 217 (9-43)                          | 0                                    | 15 (6-4)   |
| Césariennes suivies d'ex-<br>térionisation temporaire<br>de l'utérus..... | 6 (0-4)                             | 6 (0-4)                              | 17 (6-8)   |
| Hystérectomies.....                                                       | 38 (2-4)                            | 12 (0-4)                             | 58 (14-18) |
| Forceps après incision du<br>col .....                                    | 0                                   | 20 (0-3)                             | 73 (4-18)  |
| Basiotripsies.....                                                        | 5 (0-0)                             | 10 (2-2)                             | 56 (4-12)  |

Ainsi apparaît d'emblée, l'infériorité manifeste de la *césarienne corporéale* avant la limite 5 fr.-12 h.-12 h.

Ce fait est un argument de plus contre la section corporéale, section dont la suture n'est pas complètement étanche, se désunit facilement et aboutit à une cicatrice

---

\* Voir p. 47-48.

qui du fait de sa situation est beaucoup moins solide que celle de la segmentaire.

La césarienne corporéale ne doit plus guère connaître d'indication que dans les cas où le segment inférieur n'est pas encore formé, dans ceux où il est difficilement abordable par suite de trop nombreuses adhérences, dans ceux où il est essentiel d'aller très vite, comme au cours des hémorragies graves par insertion basse du placenta, dans ceux enfin où il faut examiner le muscle utérin dans son épaisseur même, en cas, par exemple, d'apoplexie utéro-placentaire.

En dehors de ces cas, l'hystérotomie supra-symphysaire lui est toujours préférable. La césarienne haute est bien, selon l'expression de M. le professeur Couvelaire, « la césarienne à l'ancienne mode ».

*Après la limite 5 francs-12 heures-12 heures, dans le groupe I* (voir p. 47-48) on peut considérer comme doublée la mortalité de la césarienne basse. Il faut surtout tenir compte de l'augmentation considérable de la morbidité et, dans l'ensemble, cette opération apparaît comme risquée.

Seules l'hystérectomie et la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus n'ont pas donné de mortalité et l'on peut se demander si cette dernière opération n'aurait pas dans ce cadre sa véritable indication et si, en définitive, on n'aurait pas le choix entre la césarienne basse avec drainage pour les cas de ce groupe jugés favorables et l'extériorisation temporaire pour ceux considérés comme médiocres.

Quant aux interventions par les voies naturelles, outre qu'elles ne sont pas toujours possibles, il est à noter que la basiotripsie a comporté 2 morts sur 10 cas.

Dans le groupe II, (voir p. 47-48) enfin, la mortalité des interventions par voie haute est telle que celles-ci semblent, *a priori*, devoir être rejetées. Près d'un tiers de décès pour la césarienne basse et l'opération de M. Portes, près d'un quart pour l'hystérectomie, ces résultats ne permettent aucune discussion.

Par contre, les interventions par voie basse ne paraissent pas comporter plus de risques que dans le groupe précédent. Quatre morts sur 73 pour les forceps après incisions du col, 4 sur 56 pour les basiotripsies constituent une proportion relativement faible.

Ainsi résulte une limitation très nette des indications opératoires par rapport aux conclusions des divers auteurs qui ont déjà entrepris l'étude de ce sujet.

M. PORTES, par exemple, avait posé les indications suivantes :

- Cas simplement suspects d'infection : césarienne basse sans drainage.
- Cas d'infection paraissant cliniquement légère :
  - césarienne basse avec drainage à la Mickulicz
  - ou césarienne corporéale avec suture utéro-pariétale.
- Cas d'infection paraissant grave :
  - césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus quitte à pratiquer l'hystérectomie secondaire si cela est nécessaire.

JEANNIN distingue 4 degrés :

- 1<sup>er</sup> degré : membranes rompues ;  
femme en travail ;  
touchers pratiqués à l'hôpital ;  
pas de température :  
faire césarienne haute ou basse.
- 2<sup>e</sup> degré : membranes rompues ;  
femme en travail ;  
touchers suspects ;  
quelques tentatives d'extraction ;  
quelques dixièmes de température ;  
faire césarienne basse avec drainage.
- 3<sup>e</sup> degré : température ;  
pouls rapide ;  
pertes malodorantes ;  
mais état général conservé  
si primipare césarienne de Jeannin ;  
si multipare : hystérectomie.
- 4<sup>e</sup> degré : température élevée ;  
pouls rapide ;  
langue sèche ;  
frissons ;  
physométrie :  
hystérectomie.

RISACHER, dans les cas cliniquement infectés, correspondant à notre groupe II, conseille l'hystérectomie ou l'extériorisation temporaire.

M. SUREAU étend largement au groupe II les indications de l'extériorisation temporaire.

La critique que l'on peut faire à la plupart de ces auteurs c'est d'avoir étudié une seule intervention et de l'avoir comparée aux autres d'après les résultats donnés par des auteurs différents; c'est d'avoir jugé d'après des documents non homogènes.

La statistique de Baudelocque semble avoir plus de valeur parce qu'elle porte sur une série continue, et que les différentes interventions, pendant une même période, ont été pratiquées par les mêmes opérateurs. La conclusion qui en découle, quant à la conduite à tenir, est la suivante.

**Après la limite 5 francs-12 heures-12 heures.**

GROUPE I (voir p. 47-48). — Césarienne basse avec drainage à la Mickulicz pour les cas les plus favorables; césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus ou hystérectomie pour les cas les moins favorables.

GROUPE II (voir p. 47-48). — Accouchement par voie basse, l'hystérectomie n'étant qu'un pis-aller.

L'opération de choix, la césarienne basse, devra, autant que possible, n'être pratiquée qu'en deçà de la limite :

- { — dilatation 5 francs ;
- { — membrane rompue depuis 12 heures;
- { — travail durant depuis 12 heures.

C'est dire que l'épreuve du travail ne pourra être en-

treprise que dans les cas où il n'y a pas d'anomalie du travail.

La rupture prématurée des membranes, non suivie rapidement du déclenchement d'un travail franc, l'irrégularité, la faiblesse exagérée ou, au contraire, l'intensité anormale des contractions, l'hypertonie utérine, la lenteur anormale ou l'irrégularité de la dilatation sont autant d'éléments qui commandent une *décision précoce*, soit dans le sens de l'intervention, soit dans le sens de l'abstention avec, dans ce cas, la résolution de terminer l'accouchement par les voies naturelles.

\*  
\* \*

Nous ne saurions mieux conclure qu'en rappelant les paroles prononcées par notre maître, M. le Professeur Couvelaire au Congrès de 1925 et qui restent vraies après un complément de 10 années d'expérience :

« les césariennes tardives m'ont toujours paru des opérations risquées. En l'absence d'un contrôle bactériologique du contenu utérin, actuellement irréalisable, je préfère ne pas jouer le succès sur un coup de dés..... D'ailleurs, laissez-moi vous dire tout de suite que ces opérationstardives, ces opérationsde nécessité, que ce soit la symphyséotomie, la césarienne basse, l'hystérectomie ou l'opération Portes, ne doivent être considérées que comme des pis-aller. Elles ont toutes une tare, c'est qu'elles ne sont jamais pratiquées dans les conditions qui seules peuvent donner la quasi certitude du succès. C'est faute d'avoir mieux fait en temps utile

que nous y sommes acculés. Je suis et reste, jusqu'à  
nouvel ordre, partisan des opérations préventives,  
pratiquées à une heure favorable ».

---



## CINQUIÈME PARTIE

---

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS



## ÉTUDE STATISTIQUE GÉNÉRALE OPÉRATION CÉSARIENNE BASSE

---

Les 436 opérations césariennes basses pratiquées à la clinique Baudelocque ont comporté

27 décès soit 6,43 %

108 suites opératoires pathologiques soit 24,82 %

Elles ont été effectuées pour les causes suivantes :

Rétrécissement du bassin :

Présentation

du sommet... 354 cas avec 16 décès 85 suites path.,

du siège..... 16 — 1 — 5 —

de la face ou

du front..... 5 — 3 — 2 —

Présentations de l'épaule .. 12 — 0 — 4

Obstacles prævia :

Kystes de l'ovaire ..... 6 — 0 — 0 —

Fibromes ..... 2 — 0 — 0

Végétations vulvo-vagi-  
nales... .. 1 — 0 — 1

Hémorragies par insertion  
vicieuse du placenta..... 13 — 2 — 2

Dystocie du travail :

Anomalie de la dilata-  
tion... .. 10 — 1 — 3 —

Volume excessif de l'en-  
fant, ..... 6 — 0 — 2

Obésité..... 4 4

Procnubitus et proci-  
dences du cordon... 6 — 0 — 4

Cardiopathie décompensée . 1 — 0 — 0

## CHAPITRE I

---

### LES CONDITIONS CLINIQUES DÉFAVORABLES

---

A. — Les opérations césariennes pratiquées en dehors de toute infection avérée et de toute indication ou circonstance particulière capable d'ajouter un risque spécial supplémentaire au risque opératoire normal

Elles sont au nombre de 309 avec 14 décès et 71 suites pathologiques.

#### 1°) MORTALITÉ ET MORBIDITÉ POST-OPÉRATOIRE EN FONCTION DE LA RUPTURE DES MEMBRANES.

Il est généralement admis que la rupture des membranes ne présente pas la même valeur pronostique selon qu'elle s'accompagne ou non de phénomènes de travail. Nous donnons cependant les chiffres globaux en signalant ensuite les cas de rupture prématurée des membranes opérés avant l'apparition du travail.

Femmes opérées avant la rupture des membranes :

120 cas    5 décès    19 suites op. pathologiques.

Causes des 5 décès :

2 syncopes de la fin de l'intervention.

1 péritonite.

1 embolie phlébitique.

1 broncho-pneumonie.

Causes de morbidité :

14 suites opératoires fébriles.

3 phlébites.

1 phlegmon rétro-vésical.

1 désunion totale de la paroi.

Membranes rompues depuis :

1 h. 16 cas 0 décès 0 suites op. pathol.

2 h. 15 0 7

3 h. 15 0 4

4 h. 16 1 5

5 h. 10 2 1

6 h. 9 0 2

Soit de 1 à 6 heures

81 cas, 3 décès, 19 suites opér. path.

Causes des 3 décès :

1 syncope de la fin de l'intervention.

1 hémorragie 1 h. 30 après l'intervention.

1 embolie phlébitique.

Causes de morbidité :

11 suites opératoires fébriles.

5 phlébites.

3 parotidites.

Sur ces 81 cas il y a 6 cas de rupture prématurée des membranes opérés avant tout début de travail. Les 6 fois les suites opératoires ont été normales.

Membranes rompues depuis

7 h. 3 cas 0 décès 2 suites op. pathol.

8 h. 9 0 3

9 h. 7 2 1

10 h. 8 0 4

11 h. 3 0 1

12 h. 7 0 2

Soit de 7 à 12 heures

37 cas, 2 décès, 13 suites opér. path.

Causes des 2 décès :

1 péritonite

1 ictère grave chloroformique.

Causes de morbidité :

9 suites opératoires fébriles.

2 phlébites.

1 septicémie à streptocoques.

1 parotidite.

Sur ces 37 cas, il y a 4 cas de rupture prématurée des membranes, opérées avant tout début de travail. Les 4 suites ont été normales.

Membranes rompues depuis

|       |       |         |                     |
|-------|-------|---------|---------------------|
| 13 h. | 2 cas | 0 décès | 1 suite op. pathol. |
| 14 h. | 4     | 0       | 1                   |
| 15 h. | 4     | 0       | 0                   |
| 16 h. | 3     | 0       | 2                   |
| 17 h. | 3     | 0       | 1                   |
| 18 h. | 3     | 0       | 2                   |

Soit de 13 à 18 heures

19 cas, 0 décès, 7 suites opér. path.

Causes de morbidité :

3 suites opératoires fébriles.

3 phlébites.

1 phlegmon du ligament large.

Sur ces 19 cas, 4 cas de rupture prématurée des membranes opérés avant tout début de travail. Suites opératoires : 1 phlébite.

Membranes rompues depuis

|       |       |         |                     |
|-------|-------|---------|---------------------|
| 19 h. | 1 cas | 0 décès | 0 suite op. pathol. |
| 20 h. | 5     | 0       | 0                   |
| 21 h. | 1     | 0       | 1                   |
| 22 h. | 4     | 0       | 2                   |

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| 23 h. | 3 | 0 | 2 |
| 24 h. | 1 | 0 | 1 |

Soit de 19 à 24 heures

15 cas, 0 décès, 6 suites opér. path.

Causes de morbidité :

1 suite opératoire fébrile.

5 phlébites.

1 cas de rupture prématurée des membranes, 1 phlébite.

Membranes rompues depuis

|        |       |         |                      |
|--------|-------|---------|----------------------|
| 26 h.  | 2 cas | 0 décès | 0 suites op. pathol. |
| 31 h.  | 2     | 0       | 1                    |
| 32 h.  | 2     | 0       | 0                    |
| 33 h.  | 1     | 0       | 0                    |
| 34 h.  | 1     | 0       | 0                    |
| 36 h.  | 2     | 0       | 2                    |
| 41 h.  | 3     | 1       | 0                    |
| 43 h.  | 1     | 0       | 0                    |
| 46 h.  | 1     | 1       | 0                    |
| 51 h.  | 1     | 0       | 1                    |
| 58 h.  | 1     | 0       | 1                    |
| 72 h.  | 1     | 0       | 0                    |
| 80 h.  | 1     | 0       | 0                    |
| 81 h.  | 1     | 1       | 0                    |
| 92 h.  | 1     | 0       | 0                    |
| 200 h. | 1     | 0       | 0                    |

Soit au-dessus de 24 heures

22 cas, 3 décès, 5 suites opér. path.

Causes de décès :

3 infections généralisées,

Causes de morbidité.

4 suites opératoires fébriles.

1 phlébite.

Sur ces 22 cas, un cas de rupture prématurée des membranes opéré avant tout début de travail. Suites normales.

X h. (chiffre inconnu)

15 cas 1 décès 3 suites op. pathol.

En somme :

Femmes opérées

avant la rupture

des membranes 120 cas 5 décès 19 suites op. pathol.

Membranes rompues :

de 1 à 6 h. 81 3 19

de 7 à 12 h. 37 2 13

de 13 à 18 h. 19 0 7

de 18 à 24 h. 14 0 6

+ de 24 h. 22 3 5

Parmi eux, 15 cas de rupture prématurée des membranes opérés avant tout début de travail avec, comme suites opératoires, 2 phlébites.

Ainsi, à ne considérer que les chiffres bruts, mortalité et morbidité n'augmentent pas proportionnellement au temps écoulé depuis la rupture des membranes.

En expurgeant cette statistique des décès non spécifiquement infectieux, on trouve :

Avant la rupture des membranes 2 décès (1 péritonite, 1 embolie phlébitique).

entre 1 et 6 h. après la rupture 1 (embolie phlébitique).

entre 7 et 12 h. 1 (péritonite).

13 et 18 h. 0

19 et 24 h. 0

plus de 24 h. 3 (3 infections généralisées).

Donc, aucune progression régulière dans la mortalité, brusque accroissement au delà de 24 heures.

Quant à la rupture prématurée des membranes, elle ne semble pas influencer sur le pronostic opératoire si l'intervention est effectuée avant tout travail. Sur 15 cas, 2 phlébites, aucun décès.

2°) MORTALITÉ ET MORBIDITÉ POST-OPÉRATOIRE EN FONCTION DE LA DURÉE DU TRAVAIL.

Femmes opérées avant tout débat de travail.

110 cas 5 décès 11 suites opératoires pathologiques.

Causes des 5 décès :

2 péritonites.

1 syncope de la fin de l'intervention

1 embolie phlébitique.

1 broncho pneumonie.

Causes de morbidité :

6 suites opératoires fébriles.

4 phlébites.

1 désunion totale de la paroi.

Travail durant depuis

1 h. 6 cas 0 décès 0 suites op. pathol.

2 h. 11 0 3

3 h. 10 0 2

4 h. 5 0 3

5 h 6 0 2

6 h 15 0 4

Soit de 1 à 6 heures

53 cas, 0 décès, 14 suites opér. path.

Causes de morbidité :

7 suites fébriles.

5 phlébites.

1 phlegmon rétro-vésical.

1 phlegmon du ligament large.

Travail durant depuis

7 h. 6 cas 0 décès 1 suite op. pathol.

8 h. 5 0 1

9 h 6 1 0

10 h 9 0 5

11 h. 4 1 0

12 h. 9 0 1

Soit de 7 à 12 heures.

39 cas, 2 décès, 8 suites opér. path.

Causes des décès :

1 embolie phlébitique.

1 hémorragie post-opératoire.

Causes de morbidité :

6 suites fébriles.

2 phlébites.

Travail durant depuis :

|       |       |         |                     |
|-------|-------|---------|---------------------|
| 13 h. | 6 cas | 0 décès | 1 suite op. pathol. |
| 14 h. | 8     | 0       | 5                   |
| 15 h. | 3     | 0       | 1                   |
| 16 h. | 5     | 0       | 2                   |
| 17 h. | 5     | 0       | 3                   |
| 18 h. | 3     | 0       | 1                   |

Soit de 13 à 18 heures

30 cas, 0 décès, 13 suites opér. path.

Causes de morbidité :

6 suites opératoires fébriles.

6 phlébites.

1 parotidite.

Travail durant depuis

|       |       |         |                      |
|-------|-------|---------|----------------------|
| 19 h. | 3 cas | 0 décès | 2 suites op. pathol. |
| 20 h. | 6     | 1       | 3                    |
| 21 h. | 3     | 0       | 2                    |
| 22 h. | 2     | 0       | 0                    |
| 23 h. | 1     | 0       | 1                    |
| 24 h. | 4     | 0       | 2                    |

Soit de 19 à 24 heures.

19 cas, 1 décès, 10 suites opér. path.

Cause de mortalité :

Syncope de la fin de l'intervention.

Causes de morbidité :

5 suites opératoires fébriles.

2 parotidites.

2 phlébites.

1 phlegmon rétro-vésical.

Travail durant depuis

|       |       |         |                     |
|-------|-------|---------|---------------------|
| 25 h. | 4 cas | 0 décès | 1 suite op. pathol. |
|-------|-------|---------|---------------------|

|        |   |   |   |
|--------|---|---|---|
| 26 h.  | 2 | 0 | 1 |
| 27 h.  | 3 | 0 | 0 |
| 28 h.  | 3 | 0 | 0 |
| 29 h.  | 2 | 0 | 2 |
| 30 h.  | 1 | 0 | 0 |
| 31 h.  | 1 | 0 | 1 |
| 32 h.  | 3 | 0 | 1 |
| 33 h.  | 1 | 0 | 1 |
| 34 h.  | 1 | 0 | 0 |
| 36 h.  | 2 | 0 | 1 |
| 41 h.  | 2 | 1 | 1 |
| 42 h.  | 1 | 1 | 0 |
| 45 h.  | 1 | 0 | 0 |
| 46 h.  | 1 | 0 | 0 |
| 48 h.  | 4 | 0 | 2 |
| 56 h.  | 1 | 0 | 0 |
| 60 h.  | 1 | 0 | 0 |
| 72 h.  | 1 | 0 | 1 |
| 74 h.  | 2 | 0 | 1 |
| 92 h.  | 1 | 0 | 0 |
| 100 h. | 1 | 1 | 0 |

Soit au-dessus de 24 heures.

39 cas, 3 décès, 13 suites opér. path.

Causes de mortalité :

2 infections généralisées.

1 ictère grave chloroformique.

Causes de morbidité :

10 suites fébriles.

2 parotidites.

1 septicémie à strepto.

X h. (chiffre inconnu) :

19 cas 3 décès 4 suites op pathol.

En somme :

Femmes opérées

|                                |         |         |               |
|--------------------------------|---------|---------|---------------|
| avant le début du travail :    | 110 cas | 5 décès | 11 suites op. |
| entre 1 et 6 heures de travail | 53      | 0       | 14 pathol.    |
| 7 et 12                        | 39      | 2       | 8             |

|            |    |   |    |
|------------|----|---|----|
| 13 et 18   | 30 | 0 | 13 |
| 19 et 24   | 19 | 1 | 10 |
| plus de 24 | 39 | 3 | 13 |

En expurgeant cette statistique des décès non spécifiquement infectieux, on trouve :

|                                |                                                 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| Avant tout début du travail    | 3 décès (2 péritonites, 1 embolie phlébitique). |
| Travail durant de 1 à 6 heures | 0                                               |
| 7 à 12                         | 1 (embolie phlébitique).                        |
| 13 à 18                        | 0                                               |
| 19 à 24                        | 0                                               |
| depuis plus de 24              | 2 (infections généralisées).                    |

Ainsi, comme pour la rupture des membranes, il n'y a aucune progression nette de la mortalité par infection proportionnellement à la durée du travail.

Il faut d'ailleurs, à ce propos, faire 2 remarques :

1° L'évaluation exacte de la durée du travail peut être difficile, car il est souvent malaisé d'en fixer, même approximativement, le début ;

2° Pour une même durée de travail, le pronostic paraît d'autant moins favorable que les contractions utérines sont plus fortes.

Nous donnons ici, à titre indicatif, le nombre de décès et des cas morbides par rapport aux caractères de la contraction dans les cas où ils ont été mentionnés :

| Contraction            | Nombre de cas | Décès | Suites opératoires pathologiques |
|------------------------|---------------|-------|----------------------------------|
| Faible .....           | 62            | 1     | 19                               |
| Normale.....           | 86            | 3     | 31                               |
| Forte.....             | 28            | 4     | 12                               |
| Irrégulière.....       | 12            | 4     | 5                                |
| Relâchement défectueux |               |       |                                  |
| Contracture.....       |               |       |                                  |

Nous n'attribuons d'ailleurs qu'une valeur relative à ce tableau l'appréciation des caractères de la contraction pouvant varier d'un observateur à l'autre.

### 3<sup>o</sup> MORTALITÉ ET MORBIDITÉ POST OPÉRATOIRE EN FONCTION DE LA DILATATION.

Dilatation  
au moment de  
l'intervention

|       |         |         |                                       |
|-------|---------|---------|---------------------------------------|
| 0     | 117 cas | 4 décès | 15 suites op. pathol.                 |
|       |         |         | Causes des 4 décès :                  |
|       |         |         | 1 syncope de la fin de l'intervention |
|       |         |         | 1 péritonite.                         |
|       |         |         | 1 broncho-pneumonie.                  |
|       |         |         | 1 embolie phlébitique.                |
|       |         |         | Causes de morbidité :                 |
|       |         |         | 7 suites fébriles.                    |
|       |         |         | 6 phlébites.                          |
|       |         |         | 1 phlegmon du ligament large.         |
|       |         |         | 1 désunion totale de la paroi.        |
| 1 fr. | 29 cas  | 0 décès | 8 suites op. pathol.                  |
|       |         |         | Causes de morbidité ;                 |
|       |         |         | 5 suites fébriles.                    |
|       |         |         | 3 phlébites.                          |
| 2 fr. | 26 cas  | 0 décès | 8 suites op pathol.                   |
|       |         |         | Causes de morbidité :                 |
|       |         |         | 4 suites fébriles.                    |
|       |         |         | 4 phlébites.                          |
| 5 fr. | 41 cas  | 1 décès | 10 suites op. pathol.                 |
|       |         |         | Causes de mortalité :                 |
|       |         |         | Syncope de la fin de l'intervention.  |
|       |         |         | Causes de morbidité :                 |
|       |         |         | 6 suites fébriles.                    |
|       |         |         | 2 phlébites.                          |
|       |         |         | 2 parotidites.                        |

|                        |        |         |                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------|--------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Petite<br>paume        | 21 cas | 2 décès | 8 suites op. pathol.<br>Causes des décès :<br>1 hémorragie post-opé-<br>toire.<br>1 péritonite.<br>Causes de morbidité :<br>3 suites fébriles.<br>2 phlébites.<br>1 parotidite.<br>1 phlegmon rétro-vésical.<br>1 septicémie. |
| Grande<br>paume        | 15 cas | 2 décès | 5 suites op. pathol.<br>Causes des décès :<br>1 infection généralisée.<br>1 ictère grave chloroformi-<br>que.<br>Causes de morbidité :<br>3 suites fébriles.<br>1 parotidite.<br>1 phlébite.                                  |
| Complète               | 20 cas | 3 décès | 7 suites op. pathol.<br>Causes des décès :<br>2 infections généralisées.<br>1 embolie phlébitique.<br>Causes de morbidité :<br>5 suites fébriles.<br>1 phlébite.<br>1 parotidite.                                             |
| Dilatation<br>inconnue | 40 cas | 2 décès | 9 suites op. pathol.                                                                                                                                                                                                          |

Si l'on ne retient que les décès de nature infectieuse on trouve :

Femmes opérées

|                    |                                                |
|--------------------|------------------------------------------------|
| à dilatation nulle | 2 décès (1 péritonite, 1 embolie phlébitique). |
| de 1 fr.           | 0                                              |
| de 2 fr.           | 0                                              |

|              |   |                                         |
|--------------|---|-----------------------------------------|
| de 5 fr.     | 0 |                                         |
| petite paume | 1 | (péritonite).                           |
| grande paume | 1 | (infection généralisée).                |
| complète     | 3 | (1 embolie, 2 infections généralisées). |

**B. — Les opérations grévées, en raison de l'existence d'une infection avérée, ou en raison de leur indication ou de circonstances concomitantes spéciales, d'un risque particulier.**

Nous avons retenu ici 54 observations sur un total de 436, que nous pouvons classer comme suit :

**1°) OPÉRATIONS PRATIQUÉES MALGRÉ L'EXISTENCE D'UNE INFECTION AVÉRÉE.**

25 cas    3 décès    17 suites opératoires pathol.

Nous avons considéré comme atteintes d'infection avérée les femmes qui présentaient  
une température au-dessus de 38°  
ou un œdème secondaire inflammatoire du col  
ou de la fétidité du liquide amniotique  
ou une infection grave des voies génitales basses pré-existant au travail.

a) 14 femmes présentaient une température égale ou supérieure à 38° à l'exclusion de tout autre facteur d'aggravation surajouté. Les résultats globaux ont été :

2 décès (1 embolie phlébitique, 1 infection généralisée).

8 suites opératoires pathologiques.

5 suites opératoires fébriles.

2 phlébites.

1 parotidite.

| T°   | N° de l'obs. | Etat des membranes   | Durée du travail | Dilatation   | Suites opératoires                      |
|------|--------------|----------------------|------------------|--------------|-----------------------------------------|
| 38°  | 711-1931     | rompues depuis 10 h. | 7 h.             | ?            | normales                                |
| 38°  | 1775-1931    |                      | 107 h.           | 10 h.        | 1 fr. normales                          |
| 38°  | 2268-1930    |                      | 7 h.             | ?            | complète décès par embolie phlébitique. |
| 38 1 | 1114-1929    |                      | 7 h.             | 15 h.        | grande paume fébriles                   |
| 38 1 | 1475-1926    |                      | 23 h.            | 13 h.        | 1 fr. fébriles                          |
| 38 2 | 2512-1930    | intactes             |                  | 14 h.        | complète parotidite.                    |
| 38 2 | 3155-1931    | rompues depuis 9 h.  | ?                | grande paume | normales                                |
| 38 3 | 730-1931     |                      | 43 h.            | 34 h.        | 5 fr. fébriles                          |
| 38 4 | 2027-1927    |                      | 29 h.            | 29 h.        | 1 fr. phlébite                          |
| 38 4 | 2049-1928    |                      | 30 h.            | 48 h.        | 5 fr. fébriles                          |
| 38 5 | 882-1925     |                      | 26 h.            | 19 h.        | 2 fr. normales                          |
| 38 5 | 2539-1931    |                      | 8 h.             | 34 h.        | 5 fr. décès par infection généralisée.  |
| 38 6 | 1499-1933    |                      | ?                | 83 h.        | grande paume fébriles                   |
| 39 2 | 2517-1929    |                      | 10 h.            | 8 h.         | petite paume phlébite                   |

b) 9 femmes présentaient un œdème inflammatoire secondaire du col, isolé ou associé à d'autres facteurs pathologiques.

*Œdème isolé : 5 cas 1 décès 4 suites pathologiques*

|           |                      |       |                               |                    |                                                                    |
|-----------|----------------------|-------|-------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 492-1927  | rompues depuis 72 h. | ?     | 2 fr. depuis plusieurs heures |                    | phlébite                                                           |
| 2548-1932 |                      | 20 h. | 73 h.                         | 2 fr. depuis 48 h. | Temp. 38 3 décès par infection généralisée le 3 <sup>e</sup> jour. |
| 2506-1931 |                      | 48 h. | 46 h.                         | 5 fr.              | Temp. 38° phlébite.                                                |
| 20 1931   |                      | 17 h. | 17 h.                         | 5 fr.              | Temp. 38°3 fébriles                                                |
| 3-1926    |                      | 15 h. | 32 h.                         | 5 fr.              | fébriles                                                           |

*Œdèmes associés 4 cas 0 décès 3 suites pathologiques*

|           |                      |       |              |       |                                              |                                                        |                 |
|-----------|----------------------|-------|--------------|-------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------|
| 1185-1929 | rompues depuis 12 h. | 45 h. | petite paume | {     | Œdème du col.<br>Incision du col.<br>forceps | Suites fébriles                                        |                 |
| 2762-1927 |                      | 43 h. | 26 h.        | 5 fr. | {                                            | œdème du col<br>fétidité du liquide amn.<br>temp. 38°5 | Suites fébriles |
| 1369-1933 |                      | 5 h.  | 27 h.        | 0     | {                                            | œdème du col.<br>fétidité du liquide amn.              | Suites fébriles |
| 2358-1932 |                      | 20 h. | 60 h.        | 5 fr. | {                                            | œdème du col<br>fétidité du liquide amn.               | Suites normales |

c) 1 femme a été opérée alors qu'il y avait fétidité du liquide amniotique.

491-1931 rompues depuis 48 h. 88 h. 2 fr. Temp. 38°8 Suites fébriles

d) 1 femme a été opérée pour infection préexistante au travail des voies génitales basses avec végétations vulvo-vaginales formant tumeur prævia.

1198-1929 intactes 0 h. 0 Suites fébriles

## 2°) OPÉRATIONS PRATIQUÉES APRÈS TENTATIVES D'EXTRACTION PAR VOIE BASSE.

4 cas 1 décès 3 suites pathologiques

|           |                            |                 |                                                               |                                                       |
|-----------|----------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1843-1925 | rompues depuis 16 h. 22 h. | complète        | Temp. 38°4<br>Tentative<br>de forceps                         | <i>Décès par syncope de la fin de l'intervention.</i> |
| 2057-1931 | 1 <sup>re</sup> h. 27 h.   | complète        | Tentative<br>de forceps                                       | Suites fébriles.                                      |
| 980-1934  | 21 h. 74 h.                | petite<br>paume | Temp. 38°1<br>Tentative<br>de forceps                         | Suites fébriles.                                      |
| 1511-1928 | ? 11 h.                    | 3 fr.           | Tentative<br>d'extraction<br>selon le<br>procédé de<br>Delmas | Suites fébriles.                                      |

## 3° OPÉRATIONS PRATIQUÉES MALGRÉ LA SITUATION BASSE DE LA PRÉSENTATION OU L'EXISTENCE DE PROCIDENCES.

*Situation basse, dans le vagin,  
de la présentation*

2 cas 1 décès 1 suites pathologiques

|           |                            |              |                                               |
|-----------|----------------------------|--------------|-----------------------------------------------|
| 1289-1935 | rompues depuis 26 h. 24 h. | grande paume | décès au 6 <sup>e</sup> jour de<br>péritonite |
| 2224-1926 | 34 h. 25 h.                | complète     | fébriles                                      |

*Procidences du cordon*

5 cas 3 suites opératoires pathologiques

|           |                           |          |          |
|-----------|---------------------------|----------|----------|
| 1378-1934 | rompues depuis 22 h. 3 h. | complète | fébriles |
| 284-1933  | 2 h. 6 h.                 | ?        | normales |
| 1722-1928 | ? ?                       | ?        | fébriles |
| 579-1928  | 16 h. ?                   | 2 fr.    | normales |
| 957-1934  | ? 12 h.                   | 3 fr.    | fébriles |

4°) OPÉRATIONS PRATIQUÉES POUR HÉMORRAGIE PAR INSERTION BASSE  
DU PLACENTA.

13 cas 2 décès 2 suites op. pathol.

| N° de l'obs. | Etat des membranes  | Durée du travail | Dilatation   | Circonstances aggravantes                          | Suites opératoires.                            |
|--------------|---------------------|------------------|--------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 847-1928     | intactes            | 5 h.             | 5 fr.        | H. répétées depuis le 7 <sup>e</sup> mois.         | décès par syncope de la fin de l'intervention. |
| 1237-1930    | intactes            | 0                | 0            | H. répétées depuis 6 jours.                        | septicémie<br>décès au 5 <sup>e</sup> jour.    |
| 1117-1934    | intactes            | 2 h.             | petite paume | H. répétées depuis 10 jours.                       | fébriles                                       |
| 74-1930      | intactes            | 0                | 0            | H. répétées depuis le 7 <sup>e</sup> mois.         | fébriles                                       |
| 1105-1926    | intactes            | 0                | 0            | H. répétées depuis le 7 <sup>e</sup> mois.         | normales                                       |
| 1278-1930    | intactes            | 0                | 0            | { 1 <sup>re</sup> hémorragie.<br>température 38°5. | »                                              |
| 2785-1932    | intactes            | 5 h.             | ?            | 4 <sup>re</sup> hémorragie.                        | »                                              |
| 1698-1927    | rompues depuis 4 h. | 0                | 0            | H. répétées depuis 15 jours.                       | »                                              |
| 1863-1932    | —                   | 1 h. 23 h.       | ?            | 1 <sup>re</sup> hémorragie.                        | »                                              |
| 105-1934     | —                   | 1 h. 0           | 0            | H. répétées depuis 1 mois.                         | »                                              |
| 2097-1926    | intactes            | 0                | 0            | 1 <sup>re</sup> hémorragie.                        | »                                              |
| 1288-1930    | intactes            | 0                | 0            | H. répétées depuis le 6 <sup>e</sup> mois.         | »                                              |
| 2433-1930    | intactes            | 0                | 0            | 1 <sup>re</sup> hémorragie.                        | »                                              |

5°) OPÉRATIONS PRATIQUÉES CHEZ DES FEMMES EN ÉTAT DE DÉFICIENCE  
GÉNÉRALE.

Obésité 4 cas 4 décès

|           |                        |       |   |                                                |
|-----------|------------------------|-------|---|------------------------------------------------|
| 1574-1929 | membranes intactes     | 0     | 0 | décès par syncope 1 h. après l'intervention.   |
| 1974-1927 | rompues depuis 1 h. 30 | 10 h. | ? | décès par syncope de la fin de l'intervention. |

|           |   |       |       |       |                                                |
|-----------|---|-------|-------|-------|------------------------------------------------|
| 1049-1930 | — | 12 h. | 12 h. | 2 fr. | décès par péritonite au 5 <sup>e</sup> jour.   |
| 1074-1929 | — | ?     | ?     | ?     | décès par syncope de la fin de l'intervention. |

*Cardiopathie décompensée : 1 cas*

|           |   |      |   |                 |                               |
|-----------|---|------|---|-----------------|-------------------------------|
| 3135-1931 | — | 9 h. | ? | grande<br>paume | temp. 38.2 suites<br>fébriles |
|-----------|---|------|---|-----------------|-------------------------------|

### C. — Les opérations césariennes itératives

Elles sont au nombre de 73.

Globalement elles ont comporté : 2 décès.

9 suites opératoires pathologiques.

1<sup>o</sup> 72 D'ENTRE ELLES NE COMPORTAIENT AUCUN RISQUE PARTICULIER DU FAIT DE LEUR INDICATION NI DES CIRCONSTANCES CONCOMITANTES SPÉCIALES.

Elles ont eu comme suites : 4 décès.

9 suites opératoires pathologiques.

Dans 59 cas il s'agissait d'une seconde césarienne.

Dans 13 cas il s'agissait d'une troisième césarienne.

28 fois l'opération a été effectuée après césarienne corporeale.

39 fois l'opération a été effectuée après césarienne basse.

3 fois une 3<sup>e</sup> césarienne a été effectuée après une basse et une corporeale.

2 fois la variété de la première intervention est inconnue.

a) *Résultats par rapport au temps écoulé depuis la rupture des membranes.*

Femmes opérées les membranes

étant intactes 57 cas 1 décès 8 suites op. pathol.

Cause du décès :

Hémorragie foudroyante  
par chute d'escarre du  
segment inférieur au  
11<sup>e</sup> jour.

Morbidité :

5 suites fébriles.

2 phlébites.  
1 septicémie à streptocoques.

Parmi elles, 7 fois des difficultés opératoires du fait d'adhérences sont signalées. Suites opératoires fébriles dans un cas.

5 fois il y a eu hémorragie grave au cours de l'intervention.

Les 5 fois les suites opératoires ont été normales.

Femmes opérées, membranes

|                |       |       |         |                  |
|----------------|-------|-------|---------|------------------|
| rompues depuis | 1 h.  | 1 cas | 0 décès | 0 suite pathol.  |
|                | 2 h.  | 3     | 0       | 0                |
|                | 3 h.  | 3     | 0       | 1 suite fébrile. |
|                | 4 h.  | 2     | 0       | 0                |
|                | 5 h.  | 1     | 0       | 0                |
|                | 6 h.  | 1     | 0       | 0                |
|                | 19 h. | 1     | 0       | 0                |
|                | 26 h. | 1     | 0       | 0                |

Parmi eux difficultés opératoires dans 2 cas : suites normales. Hémorragies au cours de l'intervention dans 4 cas : suites op. fébriles 1 fois.

X h. (état des membranes inconnu) 2 0 0

b) *Résultats par rapport à la durée du travail.*

Femmes opérées avant

|                       |        |         |                       |
|-----------------------|--------|---------|-----------------------|
| tout début de travail | 39 cas | 1 décès | 4 suites op. pathol.  |
|                       |        |         | Causes de morbidité : |
|                       |        |         | 2 suites fébriles.    |
|                       |        |         | 2 phlébites.          |

|                          |       |       |         |                        |
|--------------------------|-------|-------|---------|------------------------|
| Femmes en travail depuis | 1 h.  | 1 cas | 0 décès | 0 suite op. pathol.    |
|                          | 3 h.  | 2     | 0       | 0                      |
|                          | 4 h.  | 2     | 0       | 1 suites fébriles.     |
|                          | 5 h.  | 2     | 0       | 0                      |
|                          | 6 h.  | 3     | 0       | 0                      |
|                          | 7 h.  | 1     | 0       | 0                      |
|                          | 8 h.  | 1     | 0       | 0                      |
|                          | 9 h.  | 2     | 0       | 0                      |
|                          | 10 h. | 3     | 0       | 0                      |
|                          | 11 h. | 2     | 0       | 0                      |
|                          | 12 h. | 2     | 0       | 1 suites op. fébriles. |
|                          | 13 h. | 1     | 0       | 0                      |
|                          | 14 h. | 2     | 0       | 1 suites op. fébriles. |

X h. (durée de travail inconnue) 9 0 2 suites op. pathol.

c) Résultats par rapport à la dilatation.

Dilatation au moment de

l'intervention 0 45 cas 1 décès 4 suites op. pathol.

Cause du décès :

Hémorragie foudroyante au 11<sup>e</sup> jour

Causes de morbidité :

2 suites fébriles.

2 phlébites.

1 fr. 12 0 0

2 fr. 3 0 2

1 septicémie.

1 suites fébriles.

5 fr. 7 0 1

suites fébriles.

petite paume 0

grande paume 0

complète 3 0 2 2 suites fébriles.

2° Une femme (obs. 105-1933) a été opérée (3<sup>e</sup> césarienne) membrane intacte, mais en travail depuis plusieurs heures et présentant un œdème dur du col avec infiltration œdémateuse des tissus péri-utérins. Décès au 5<sup>e</sup> jour de péritonite.

## CHAPITRE II

### MORTALITÉ ET MORBIDITÉ POST-OPÉRATOIRE

Les 27 décès se répartissent ainsi :

|                                                  |   |
|--------------------------------------------------|---|
| — syncopes de la fin de l'intervention.....      | 8 |
| — infections généralisées d'allure septicémique. | 5 |
| — septicémie.....                                | 1 |
| — péritonites.....                               | 5 |
| — embolies phlébitiques.....                     | 4 |
| — hémorragie post-opératoire précoce.....        | 1 |
| — — — — — tardive.....                           | 1 |
| — broncho-pneumonie.....                         | 1 |
| — ictère grave chloroformique.....               | 1 |

### CIRCONSTANCES CLINIQUES AU MOMENT DE L'INTERVENTION

#### 1° Décès immédiats.

| N° de l'obs. | Cause de l'intervention | Temps écoulé depuis la rupture des membranes | Durée du travail | Dilatation | Circonstances aggravantes | Cause et moment du décès                       |
|--------------|-------------------------|----------------------------------------------|------------------|------------|---------------------------|------------------------------------------------|
| 847-1928     | Hémorragie IB           | M. intactes                                  | 5 h.             | 5 fr.      |                           | Syncope de la fin de l'intervention            |
| 1074-1929    | Obésité                 | ?                                            | ?                | ?          |                           | Syncope 1 h <sup>1</sup> après l'intervention. |
| 1574-1929    | Obésité                 | M. intactes                                  | 0                | 0          |                           | Syncope 1 h. après l'intervention.             |
| 1974-1927    | Obésité                 | 1 h.                                         | 10 h.            | ?          |                           | Syncope de la fin de l'intervention.           |

|           |              |             |       |              |                                  |                                       |
|-----------|--------------|-------------|-------|--------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| 2754-1927 | Poliomyélite | M. intactes | 22 h. | 2 fr.        |                                  | Syncopé de la fin de l'intervention.  |
| 1667-1930 | Bassin       | M. intactes | ?     | complète     | hémorragie opératoire importante | Syncopé post-opératoire.              |
| 3159-1932 | Bassin       | 5 h.        | 9 h.  | petite paume |                                  | Hémorragie 1 h. après l'intervention. |
| 251-1929  | Bassin       | 4 h.        | 20 h. | 5 fr.        |                                  | Syncopé de la fin de l'intervention.  |
| 1843-1925 | Bassin       | 16 h.       | 22 h. | complète     | Temp. : 38°4                     | Syncopé de la fin de l'intervention.  |

2° Décès dans les jours qui suivent l'intervention.

|           |                       |             |                 |              |                                      |                                                  |
|-----------|-----------------------|-------------|-----------------|--------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 2226-1926 | Présentation du front | 41 h.       | 42 h.           | complète     |                                      | Infection généralisée 2 <sup>e</sup> jour.       |
| 1147-1935 | Bassin                | 81 h.       | 100 h.          | grande paume |                                      | Infection généralisée 2 <sup>e</sup> jour.       |
| 2548-1932 | Bassin                | 20 h.       | 73 h.           | 2 fr.        | œdème infectieux du col              | Infection généralisée 3 <sup>e</sup> jour.       |
| 2102-1929 | Bassin                | 9 h.        | 41 h.           | grande paume |                                      | Ictère grave chloroformique 3 <sup>e</sup> jour. |
| 372-1931  | Bassin                | 46 h.       | ?               | ?            | infection amniotique                 | Infection généralisée 4 <sup>e</sup> jour.       |
| 2539-1931 | Bassin                | 8 h.        | 34 h.           | 5 fr.        | Temp. : 38,5                         | Infection généralisée 4 <sup>e</sup> jour.       |
| 585-1929  | Bassin                | M. intactes | 0               | 0            |                                      | Péritonite 4 <sup>e</sup> jour.                  |
| 1237-1930 | Hémorragie par IB     | M. intactes | 0               | 0            |                                      | Septicémie 5 <sup>e</sup> jour.                  |
| 1106-1931 | Bassin                | M. intactes | 0               | 0            |                                      | Broncho pneumonie 5 <sup>e</sup> jour.           |
| 105-1933  | Bassin                | M. intactes | quelques heures | ?            | infiltration œdémateuse péri-utérine | Péritonite 5 <sup>e</sup> jour.                  |
| 1049-1930 | Obésité               | 12 h.       | 12 h.           | 2 fr.        |                                      | Péritonite 5 <sup>e</sup> jour.                  |

|           |                          |             |       |                 |                                                    |                                                                            |
|-----------|--------------------------|-------------|-------|-----------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1289-1935 | Bassin                   | 26 h.       | 24 h. | grande<br>paume | présenta-<br>tion<br>descendue<br>dans le<br>vagin | Péritonite 6 <sup>e</sup><br>jour.                                         |
| 883-1931  | Bassin                   | 9 h.        | ?     | petite<br>paume |                                                    | Péritonite 7 <sup>e</sup><br>jour.                                         |
| 2840-1934 | Bassin                   | M. intactes | 0     | 0               |                                                    | Hémorragie par<br>chute d'es-<br>carre du S. I.<br>— 11 <sup>e</sup> jour. |
| 1511-1928 | Bassin                   | ?           | 11 h. | 5 fr.           |                                                    | Embolie phlébi-<br>tique 12 <sup>e</sup> jour.                             |
| 2268-1930 | Présentation<br>du front | 5 h.        | 11 h. | complète        | Temp. :<br>38°5                                    | Embolie phlébi-<br>tique 14 <sup>e</sup> jour.                             |
| 84-1928   | Bassin                   | M. intactes | 0     | 0               |                                                    | Embolie phlébi-<br>tique 16 <sup>e</sup> jour.                             |
| 2892-1931 | Bassin                   | ?           | 15 h. | 0               |                                                    | Embolie phlébi-<br>tique 26 <sup>e</sup> jour.                             |

Les 108 suites opératoires pathologiques se répartissent ainsi :

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| — suites fébriles .....          | 72 |
| — phlébites .....                | 25 |
| — parotidites .....              | 5  |
| — septicémies .....              | 2  |
| — phlegmons rétro-vésicaux ...   | 2  |
| — phlegmon du ligament large.    | 1  |
| — désunion totale de la paroi .. | 1  |

#### CIRCONSTANCES CLINIQUES AU MOMENT DE L'INTERVENTION

##### *Suites opératoires fébriles.*

| N° de<br>l'obs | Indication<br>opératoire | Temps écoulé<br>depuis<br>la rupture des<br>membranes | Durée<br>du<br>travail | Dilatation | Circonstances<br>aggravantes | Date de la<br>sortie de<br>l'hôpital |
|----------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 401-1925       | Bassin                   | M. intactes                                           | 0                      | 0          |                              | 21 <sup>e</sup> jour                 |
| 560-1925       | Bassin                   | M. intactes                                           | 0                      | 0          |                              | 21 <sup>e</sup> jour                 |
| 2075-1925      | Bassin                   | M. intactes                                           | 0                      | 0          |                              | 21 <sup>e</sup> jour                 |
| 2137-1926      | Bassin                   | M. intactes                                           | 0                      | 0          |                              | 22 <sup>e</sup> jour                 |
| 2403-1928      | Bassin                   | M. intactes                                           | 0                      | ?          |                              | 31 <sup>e</sup> jour                 |

|           |                           |             |       |              |                                         |          |
|-----------|---------------------------|-------------|-------|--------------|-----------------------------------------|----------|
| 2270-1926 | Bassin                    | M. intactes | 0     | 0            |                                         | 38° jour |
| 846-1925  | Bassin                    | M. intactes | 2 h.  | 2 fr.        |                                         | ?        |
| 1960-1925 | Bassin                    | M. intactes | 2 h.  | 1 fr.        |                                         | 23° jour |
| 253-1925  | Bassin                    | M. intactes | 2 h.  | 5 fr.        |                                         | ?        |
| 1378-1929 | Bassin                    | M. intactes | 5 h.  | ?            |                                         | 50° jour |
| 2077-1931 | Bassin                    | M. intactes | 41 h. | 5 fr.        |                                         | 29° jour |
| 760-1932  | Bassin                    | M. intactes | 8 h.  | 1 fr.        |                                         | 52° jour |
| 101-1933  | Bassin                    | M. intactes | 25 h. | 2 fr.        |                                         | 27° jour |
| 1709-1929 | Bassin                    | M. intactes | 10 h. | ?            | hémorragie<br>opératoire<br>importante. | 40° jour |
| 2151-1925 | Bassin                    | 12 h.       | 10 h. | ?            |                                         | 21° jour |
| 1701-1926 | Bassin                    | 3 h.        | 19 h. | complète     |                                         | 17° jour |
| 33-1926   | Bassin                    | 23 h.       | 21 h. | ?            |                                         | 21° jour |
| 1363-1926 | Bassin                    | 2 h.        | 24 h. | complète     |                                         | 22° jour |
| 2277-1927 | Bassin                    | 16 h.       | 7 h.  | 0            |                                         | 20° jour |
| 290-1928  | Bassin                    | 36 h.       | 21 h. | 0            |                                         | 37° jour |
| 553-1928  | Bassin                    | 51 h.       | 3 h.  | ?            |                                         | 67° jour |
| 713-1928  | Bassin                    | 14 h.       | 10 h. | 1 fr.        |                                         | 20° jour |
| 791-1928  | Bassin                    | 8 h.        | 12 h. | complète     |                                         | 47° jour |
| 1060-1928 | Anomalie<br>dilatation    | 7 h.        | 48 h. | 1 fr.        |                                         | 30° jour |
| 1814-1928 | Bassin                    | 6 h.        | ?     | ?            |                                         | 19° jour |
| 1518-1928 | Bassin                    | 3 h.        | 14 h. | ?            |                                         | 21° jour |
| 795-1929  | Bassin siège              | 7 h.        | 4 h.  | 0            |                                         | 27° jour |
| 1722-1929 | Bassin                    | 4 h.        | 14 h. | complète     |                                         | 58° jour |
| 2597-1929 | Bassin                    | 4 h.        | 18 h. | complète     |                                         | 20° jour |
| 2698-1929 | Bassin                    | 2 h.        | 29 h. | 5 fr.        |                                         | 21° jour |
| 2445-1930 | Bassin                    | 9 h.        | 26 h. | petite paume |                                         | 33° jour |
| 6-1931    | Bassin                    | 5 h.        | 14 h. | 2 fr.        |                                         | 20° jour |
| 24-1931   | Bassin                    | ?           | 4 h.  | 5 fr.        |                                         | 82° jour |
| 1040-1931 | Gros enfant               | 6 h.        | 48 h. | petite paume |                                         | 24° jour |
| 2970-1931 | Bassin                    | 10 h.       | 3 h.  | 1 fr.        |                                         | 21° jour |
| 1556-1932 | ?                         | 10 h.       | 23 h. | grande paume |                                         | 26° jour |
| 2050-1932 | Bassin                    | 10 h.       | 17 h. | grande paume |                                         | 35° jour |
| 2267-1933 | Bassin                    | 8 h.        | 32 h. | grande paume |                                         | 25° jour |
| 1167-1934 | Bassin                    | 4 h.        | ?     | 0            |                                         | 30° jour |
| 889-1935  | Bassin                    | 4 h.        | 74 h. | petite paume | hémorragie<br>opératoire<br>importante. | 29° jour |
| 2582-1931 | Col<br>cicatriciel        | ?           | ?     | 2 fr.        |                                         | 25° jour |
| 2800-1934 | Malforma-<br>tion utérine | 13 h.       | 14 h. | 5 fr.        |                                         | 22° jour |
| 1627-1929 | Bassin                    | 36 h.       | 29 h. | ?            |                                         | 30° jour |
| 489-1932  | Bassin                    | 31 h.       | 31 h. | 5 fr.        |                                         | 21° jour |

|           |                             |             |       |              |                                                       |                      |
|-----------|-----------------------------|-------------|-------|--------------|-------------------------------------------------------|----------------------|
| 1413-1926 | Bassin                      | M. intactes | 14 h. | complète     | Itérative                                             | 22 <sup>e</sup> jour |
| 25-1931   | Bassin                      | M. intactes | 0     | 0            | Itérative                                             | 29 <sup>e</sup> jour |
| 477-1931  | Bassin                      | M. intactes | ?     | complète     | 2 <sup>e</sup> itérative                              | 22 <sup>e</sup> jour |
|           |                             |             |       |              | ligature et section des trompes                       |                      |
| 637-1934  | Bassin                      | M. intactes | 4 h.  | 2 fr.        |                                                       | 47 <sup>e</sup> jour |
| 959-1934  | Bassin                      | M. intactes | 12 h. | 5 fr.        | 2 <sup>e</sup> itérative                              | 22 <sup>e</sup> jour |
|           |                             |             |       |              | adhérences marquées, ligature et section des trompes. |                      |
| 1654-1934 | Bassin                      | 3 h.        | 0     | 0            | 2 <sup>e</sup> itérative                              | 21 <sup>e</sup> jour |
|           |                             |             |       |              | hémorragie opératoire importante.                     |                      |
| 3155-1931 | Cardiopathie                | 9 h.        | ?     | grande paume | cardiopathie décomposée, température 38°2.            | 29 <sup>e</sup> jour |
| 1117-1934 | Hémorragie par I B          | M. intactes | 2 h.  | petite paume | hémorragie à répétition depuis 10 jours.              | ?                    |
| 74-1930   | Hémorragie par I B          | M. intactes | 0     | 0            | hémorragies depuis le 7 <sup>e</sup> mois.            | ?                    |
| 2224-1926 | Bassin                      | 34 h.       | 25 h. | complète     | Situation de la présentation dans le vagin.           | 31 <sup>e</sup> jour |
| 2057-1931 | Bassin                      | 12 h.       | 27 h. | complète     | tentative de forceps.                                 | 30 <sup>e</sup> jour |
| 980-1934  | Bassin                      | 21 h.       | 74 h. | petite paume | tentative de forceps, température 38°1.               | 33 <sup>e</sup> jour |
| 1511-1928 | Bassin                      | ?           | 11 h. | 5 fr.        | tentative d'extraction selon le procédé de Delmas.    | 70 <sup>e</sup> jour |
| 1198-1929 | Végétations vulvo-vaginales | M. intactes | 0     | 0            | infection des voies génitales basses.                 | ?                    |
| 491-1931  | Infection amniotique        | 48 h.       | 88 h. | 2 fr.        | Temp. 38°8 Fétidité du liquide amniotique             | 35 <sup>e</sup> jour |
| 1183-1929 | Gros enfant                 | 12 h.       | 45 h. | petite paume | OEdème du col. Incision du col. Forceps.              | 29 <sup>e</sup> jour |

|                   |                                                   |             |       |                 |                                                             |                       |
|-------------------|---------------------------------------------------|-------------|-------|-----------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 2762-1927         | Bassin                                            | 43 h.       | 26 h. | 5 fr.           | OEdème du col.<br>Fétidité du li-<br>quide.<br>Temp. 38°3.  | 43 <sup>e</sup> jour  |
| 1369-1933         | Bassin                                            | 5 h.        | 27 h. | 0               | OEdème du col.<br>Fétidité du li-<br>quide amnio-<br>tique. | 23 <sup>e</sup> jour  |
| 20-1931           | Bassin                                            | 17 h.       | 17 h. | 5 fr.           | OEdème du col.<br>Temp. 38°3                                | 33 <sup>e</sup> jour  |
| 3-1926            | Bassin                                            | 15 h.       | 32 h. | 5 fr.           | OEdème du col                                               | 20 <sup>e</sup> jour  |
| 1114-1929         | Bassin                                            | 7 h.        | 15 h. | grande<br>paume | Temp. 38°1                                                  | 24 <sup>e</sup> jour  |
| 1473-1926         | Anomalie<br>de la<br>dilatation                   | 23 h.       | 13 h. | 1 fr.           | Temp. 38°1                                                  | 21 <sup>e</sup> jour  |
| 730-1931          | Bassin                                            | 13 h.       | 34 h. | 5 fr.           | Temp. 38°3                                                  | 25 <sup>e</sup> jour  |
| 2049-1928         | Bassin siège                                      | 30 h.       | 48 h. | 5 fr.           | Temp. 38°4                                                  | 33 <sup>e</sup> jour  |
| 1499-1933         | Bassin, face                                      | ?           | 83 h. | grande<br>paume | Temp. 38°6                                                  | ?                     |
| 1378-1934         | Bassin                                            | 22 h.       | 3 h.  | complète        | procidence<br>cordon                                        | 22 <sup>e</sup> jour  |
| 1722-1928         | Bassin                                            | ?           | ?     | ?               | procidence<br>cordon                                        | ?                     |
| 739-1934          | Bassin                                            | ?           | 12 h. | 5 fr.           | procidence<br>cordon                                        | 22 <sup>e</sup> jour  |
| <i>Phlébites.</i> |                                                   |             |       |                 |                                                             |                       |
| 777-1929          | Bassin                                            | M. intactes | 0     | 0               | Phlébite double.<br>Embolie.                                | ?                     |
| 39-1930           | Bassin                                            | M. intactes | 0     | 0               |                                                             | ?                     |
| 784-1934          | Bassin                                            | M. intactes | 6 h.  | 1 fr.           |                                                             | 87 <sup>e</sup> jour  |
| 428-1925          | Bassin                                            | 3 h.        | 16 h. | complète        | embolie                                                     | 60 <sup>e</sup> jour  |
| 2623-1927         | Coxalgie<br>bilatérale                            | 12 h.       | 13 h. | ?               | phlébite bilaté-<br>rale.                                   | 50 <sup>e</sup> jour  |
| 2739-1927         | Bassin                                            | 2 h.        | 16 h. | grande<br>paume |                                                             | 56 <sup>e</sup> jour  |
| 2181-1929         | Luxation<br>congénitale<br>de la hanche.<br>Siège | 4 h.        | 4 h.  | 0               | phlébite bilaté-<br>rale, embolie.                          | 58 <sup>e</sup> jour  |
| 189-1930          | Front                                             | 23 h.       | 20 h. | 5 fr.           |                                                             | 60 <sup>e</sup> jour  |
| 2067-1930         | Malforma-<br>tion utérine                         | 22 h.       | 0     | 2 fr.           |                                                             | 52 <sup>e</sup> jour  |
| 2572-1932         | Bassin                                            | 21 h.       | 6 h.  | petite<br>paume | phlébite bilaté-<br>rale.                                   | ?                     |
| 2892-1932         | Bassin                                            | 58 h.       | 15 h. | 0               | embolies répétées                                           | 108 <sup>e</sup> jour |
| 2501-1934         | Bassin                                            | 18 h.       | 17 h. | petite<br>paume | hémorragie opé-<br>ratoire abon-<br>dante.                  | 60 <sup>e</sup> jour  |

|           |        |             |       |                 |                                         |                       |
|-----------|--------|-------------|-------|-----------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| 1674-1931 | Bassin | 2 h.        | 5 h.  | 5 fr.           |                                         | 105 <sup>e</sup> jour |
| 948-1933  | Bassin | 10 h.       | 10 h. | 2 fr.           |                                         | 85 <sup>e</sup> jour  |
| 1357-1933 | Bassin | 17 h.       | 17 h. | 1 fr.           |                                         | 59 <sup>e</sup> jour  |
| 1496-1928 | Bassin | 16 h.       | 0     | 0               |                                         | 48 <sup>e</sup> jour  |
| 1638-1934 | Bassin | 2 h.        | 10 h. | 2 fr.           |                                         | 57 <sup>e</sup> jour  |
| 2513-1934 | Bassin | 22 h.       | 6 h.  | 1 fr.           |                                         | ?                     |
| 2274-1929 | Bassin | 24 h.       | 24 h. | 2 fr.           |                                         | ?                     |
| 2255-1928 | Bassin | M. intactes | 0     | 0               | Itérative                               | 50 <sup>e</sup> jour  |
| 2515-1931 | Bassin | M. intactes | 0     | 0               | Itérative<br>embolie                    | 48 <sup>e</sup> jour  |
| 492-1927  | Bassin | 72 h.       | ?     | 2 fr.           | OEdème du col                           | ?                     |
| 2506-1931 | Bassin | 48 h.       | 46 h. | 5 fr.           | OEdème du col<br>Temp. 38<br>2 embolies | 80 <sup>e</sup> jour  |
| 2027-1927 | Bassin | 29 h.       | 29 h. | 1 fr.           | Temp. 38 <sup>4</sup>                   | 84 <sup>e</sup> jour  |
| 2517-1929 | Bassin | 10 h.       | 8 h.  | petite<br>paume | Temp. 39 2                              | 49 <sup>e</sup> jour  |

*Parotidites.*

|           |        |      |       |                 |                                             |                      |
|-----------|--------|------|-------|-----------------|---------------------------------------------|----------------------|
| 57-1930   | Bassin | 3 h. | 20 h. | 5 fr.           |                                             | 26 <sup>e</sup> jour |
| 2344-1930 | Front  | 2 h. | 72 h. | petite<br>paume | hémorragie opé-<br>ratoire impor-<br>tante. | 30 <sup>e</sup> jour |
| 2346-1930 | Bassin | 8 h. | 33 h. | 5 fr.           |                                             | 34 <sup>e</sup> jour |
| 2512-1930 | Bassin | ?    | 14 h. | complète        | Temp. 38 <sup>2</sup>                       | 24 <sup>e</sup> jour |
| 2846-1930 | Bassin | 2 h. | 20 h. | grande<br>paume |                                             | 21 <sup>e</sup> jour |

*Septicémies.*

|           |        |             |       |                 |           |                      |
|-----------|--------|-------------|-------|-----------------|-----------|----------------------|
| 3001-1931 | Bassin | 11 h.       | 36 h. | petite<br>paume |           | 35 <sup>e</sup> jour |
| 822-1931  | Bassin | M. intactes | ?     | 2 fr            | Itérative | 90 <sup>e</sup> jour |

*Phlegmons rétro-vésicaux.*

|           |        |             |       |                 |  |                      |
|-----------|--------|-------------|-------|-----------------|--|----------------------|
| 1140-1933 | Bassin | 8 h.        | 6 h.  | petite<br>paume |  | 51 <sup>e</sup> jour |
| 626-1926  | Bassin | M. intactes | 19 h. | ?               |  | 38 <sup>e</sup> jour |

*Phlegmon du ligament large.*

|           |                                 |       |      |   |  |                      |
|-----------|---------------------------------|-------|------|---|--|----------------------|
| 1679-1929 | Anomalie<br>de la<br>dilatation | 18 h. | 4 h. | 0 |  | 53 <sup>e</sup> jour |
|-----------|---------------------------------|-------|------|---|--|----------------------|

*Désunion totale de la paroi.*

|        |        |             |   |   |  |                      |
|--------|--------|-------------|---|---|--|----------------------|
| 2-1929 | Bassin | M. intactes | 0 | 0 |  | 42 <sup>e</sup> jour |
|--------|--------|-------------|---|---|--|----------------------|

## CONCLUSIONS



De l'étude de 805 opérations césariennes, conservatrices ou mutilatrices, pratiquées de 1920 à 1935 à la Clinique Baudelocque, il résulte que :

1° Il existe au cours du travail une limite au delà de laquelle les risques opératoires se trouvent sensiblement accrus et l'intervention peut être considérée comme aléatoire.

Pour l'opération césarienne segmentaire, opération de base de la chirurgie obstétricale actuelle, cette limite semble être représentée par la triade symptomatique :

- dilatation 5 francs ;
- membranes rompues depuis plus de 12 heures ;
- travail durant depuis plus de 12 heures.

L'élément essentiel de cette triade est la dilatation, les deux autres facteurs n'intervenant que comme un correctif dans deux circonstances particulières :

- en cas de rupture prématurée des membranes ;
- en cas d'anomalie de la dilatation ;

Dans l'ensemble, l'opération tardive ne devient aléatoire ou dangereuse que lorsqu'il y a *anomalie du travail*, c'est-à-dire trouble de la contraction utérine ou trouble de la dilatation.

La rupture prématurée des membranes n'est grave que si elle dure depuis plus de 24 heures et que si le travail survient ; mais il suffit alors d'une très courte durée de travail pour que le pronostic devienne défavorable, même si la dilatation reste faible ou nulle.

2° Quant aux facteurs classiques de gravité : hyperthermie, œdème secondaire inflammatoire du col, fétidité du liquide amniotique, tentatives d'extraction par voie basse, situation intra-vaginale de la présentation, procidences, ils ont une grosse valeur pronostique, mais leur absence n'implique pas nécessairement qu'il s'agisse de cas bénins.

Il est d'ailleurs à noter que la plupart de ces facteurs ne s'observent qu'au delà de la limite 5 francs-12 heures-12 heures ; ils interviennent alors comme des éléments surajoutés, non négligeables, de gravité.

Il faut placer à part le facteur *obésité* qui grève lourdement le pronostic ; les obèses opérées de césarienne basse à la Clinique Baudelocque ont succombé dans une proportion de 4 sur 4.

Enfin, l'insertion basse du placenta est un élément certain de gravité si l'intervention n'est pas effectuée dans les heures qui suivent la première hémorragie.

3° Les dangers auxquels exposent plus particulièrement les opérations césariennes pratiquées dans des conditions cliniques défavorables sont par ordre chronologique :

a) *la syncope mortelle de la fin de l'intervention* ou des heures qui suivent celle-ci, constatée dans 1,8 % des cas et qui résulte peut-être aussi de la brusque décompression abdominale chez une femme depuis longtemps en travail.

b) *l'infection généralisée* s'accompagnant ou non d'une hémoculture positive. La section de l'utérus,

ainsi que le montrent des examens anatomo-pathologiques, semble favoriser la diffusion dans le système circulatoire d'une infection de la cavité ovulaire ou du parenchyme utérin.

Cette complication constitue le gros risque des opérations césariennes tardives ; aucune hystérotomie conservatrice ne saurait en préserver.

c) *la péritonite généralisée* est, par contre, moins fréquente depuis l'emploi de la césarienne basse, du drainage à la Mickulicz.

c) *la morbidité* est considérable. C'est, par ordre de fréquence, avant tout :

— l'hyperthermie des premiers jours qu'on peut vraisemblablement attribuer à l'infection.

— les phlébites ;

— les parotidites.

4° Lorsqu'on compare les résultats de la césarienne basse à ceux des autres interventions : on constate que :

a) *au-dessous de la limite 5 francs-12 heures-12 heures*, la césarienne corporéale est la plus dangereuse, lorsque les membranes sont rompues.

Aucune des autres interventions ne comporte de risques équivalents ; c'est donc, plus particulièrement le domaine de la césarienne basse.

b) *au-dessus de cette limite, mais avec un temps de rupture des membranes et une durée de travail n'excédant pas 24 heures*, la césarienne basse avec drainage, la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de

l'utérus, ou l'hystérectomie paraissent comporter le moins de risques.

c) *au-delà des 24 heures de rupture des membranes et de durée de travail, ou en cas de facteur accidentel aggravant*, les interventions d'extraction par les voies naturelles donnent des résultats moins défavorables que les interventions par voie abdominale. L'hystérectomie ne peut-être qu'un pis-aller.

5° Ainsi apparaissent comme devant être restreintes les limites des indications opératoires :

a) pas d'épreuve du travail poursuivie au delà de la limite 5 francs-12-heures-12 heures.

b) intervention aussi précoce que possible en cas d'anomalie du travail ou de rupture prématurée des membranes non suivie rapidement du déclanchement d'un franc travail.

c) laisser, autant que faire se peut, l'accouchement évoluer par les voies naturelles lorsque la limite-précitée est nettement franchie. La mortalité fœtale en sera sensiblement augmentée, mais la mortalité maternelle s'en trouvera certainement diminuée dans de notables proportions.

---

*Vu le Président,*  
COUVELAIRE

*Vu le Doyen,*  
ROUSSY.

*Vu et permis d'imprimer :*  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
S. CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

ANDERODIAS et PERY. — Elimination de cicatrice de césarienne basse (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 9 nov. 1933).

AUDEBERT. — La césarienne segmento-corporéale (*Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue fr.*, Paris 1933).

ATTAIX. — L'épreuve du travail (*Thèse Paris*, 1930).

BAR. — De l'opération césarienne (*Semaine médicale*, 1887).

— A quel moment doit-on pratiquer l'opération césarienne (*Soc. de Méd. Prat.*, déc. 1888).

— Manuel de l'opération césarienne. Memento thérapeutique (*Bulletin Médical*, juin 1911).

— L'opération césarienne haute (*Bull. Acad. de Méd.*, 6 mai 1919).

BAR, BRINDEAU. — Pratique de l'art des accouchements (Paris, 1926).

BAUDBLOCQUE. — Art des accouchements, 1815.

— Nouveau moyen pour délivrer les femmes contrefaites à terme et en travail substitué à l'opération césarienne (*Rev. Méd. Fran. et étr.*, Paris, 1824).

BELL. — Section cesarea (*Am. Jour. obst. and. dis. of women and children*, 1912).

BOISRAME. — La césarienne basse chez les femmes ayant subi l'hystérotomie (*Thèse Paris*, 1934).

BOQUEL. — In Th. Guillet. L'opération césarienne d'urgence (*Thèse Paris*, 1903-1904).

BOVIS. — L'opération césarienne extra-péritonéale (*Sem. Méd.*, 1910).

— De l'application de l'opération césarienne aux utérus infectés (*Sem. Méd.*, 1913).

BRINDEAU. — Quelques réflexions à propos de la césarienne sus-pubienne (*Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1922).

— L'opération césarienne basse (*Leç. jeudi soir Clin. Tarnier*, Paris, 1927 et P. M. 10 mars 1926),

BROUHA. — Faut-il réserver strictement l'opération césarienne abdominale aux cas purs (*Gyn. et Obst.*, t. II, n° 6, 1920).

CONTOU. — Les différentes techniques de la césarienne basse. (*Thèse Toulouse*, 1932).

COUVELAIRE. — Considérations sur la technique de l'opération césarienne conservatrice pratiquée à l'ancienne mode (*Soc. obst. de France*, octobre 1909).

— Congrès de Paris, 1925.

— Introduction à la chirurgie utérine obstétricale (Paris, Steinheil, 1913).

— Césarienne à l'ancienne mode et césarienne transpéritonéale basse (*Tribune médicale*, février 1929).

COUVELAIRE et PORTES. — A propos de la césarienne transpéritonéale basse (*Soc. obst. et gyn.*, novembre 1925).

DAVID. — Extra péritonéal section in presumably infected... (*Am. jour. of obst. and gyn.*, avril 1924).

DEMELIN. — Infection amniotique après la rupture prématurée des membranes (*Journal des Praticiens*, 1895).

DODERLEIN. — Ueber extra-péritoneale Kaiserschnitt (*Zentr. für gyn.*, 1904).

— Ueber Extra péritoneale Kaiserschnitt und Hebosteotomie (*Monatsch. für Geb. und gyn.*, 1911).

— Handbuch der geburtshilfe (Bergmann. Wiesbaden 1917).

DOLERIS. — La césarienne extra péritonéale (*Soc. obst. de Fr.*, 1909).

— Moment et technique de l'opération césarienne conservatrice (*Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, juin 1909).

— De l'opération césarienne classique (*Congrès de St-Pétersbourg*, 1910).

ECALLE. — Les incisions du col en Obstétrique (*Leç. Jeu. soir Clin. Tarnier*, 1925).

ENGELHARD. — L'opération césarienne tardive (*Thèse Paris*, 1926).

EUSTACHE. — Parallèle entre l'opération de césarienne et l'opération de Porro (*Arch. de tocologie*, octobre 1884).

FABRE. — Précis d'obstétrique (1910).

FRAIPONT. — De l'opération césarienne cervicale supra symphysaire (*l'Obstétrique*, juillet 1909).

FRANK. — Die suprasymphysäre entbindung und ihr verhältnes zu anderen operationen bei engen Becken (*Arch. für gyn.* Bd 81, n° 1).

— Demonstration von Füllen suprasymphysären Kaiserschnittes (*Zentr. f. Gyn.*, 1911, n° 6).

— Ueber den subkutanen symphysenschnitt und die suprasymphysäre Entbindung (*Monats. f. geb. und Gyn.* Bd 32, n° 6).

FESQUET. — L'opération de Portes (*Thèse Paris*, 1927).

GAIFAMI. — Il taglio cesareo transperitoneale sul segmento inferiore dell'utero (*Riv. di ost. e gin. pratica*, 1921).

GALL. — Il taglio cesareo addominale (Bologne, 1922).

GELLE. — L'opération césarienne basse (*Thèse de Lille*, 1930).

GINGLINGER et TASSOVATZ. — Etude sur 24 années de césarienne basse conservatrice (*Gyn. et Obst.*, juillet 1934).

GROSSE et LEROUX. — Sur l'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire (*Rev. fr. gyn. et obst.*, mars 1927).

GRUFFY. — A propos de l'extériorisation de la cicatrice utérine dans les césariennes tardives (*Thèse d'Alger* 1930).

GUÉNIOT. — De l'opération césarienne à Paris et des modifications qu'elle comporte dans son exécution (Paris, Delahaye 1870).

GUILLEMEAU. — *Œuvres complètes de chirurgie*, t. IV.

HARRIS. — The progress incleasing mortality of cesarea section, (in *U. S. A. Am. jour. of. obst.* 1883).

HENRIOT. — L'opération césarienne basse Statistique de la clinique Baudelocque, (*Thèse Paris* 1927).

HIRST et VAN DOLSEN. — Low cervical caesarean section, (*Journ. Am. Med. Ass.* 1924).

HOLLAND. — Les techniques de la césarienne, (*British med journ.* octobre 1931).

HOLMES et BURDICK. — Epreuve du travail en rapport avec la césarienne, (*Am. Journ. obst. and gyn.*, décembre 1922).

JEANNIN. — L'opération césarienne supra-symphysaire, (*l'Obstétrique*, août 1909).

— \* — L'opération césarienne tardive (*Leç. jeudi soir Clin. Tarnier*, 1926).

KEHRER. — Ueber ein modificirtes verfahren beim Kaiserschnitte, (*Arch. für Gyn.* 1882).

KELLER. — Les indications de la césarienne basse (*Leç. jeu. soir Clin Tarnier*, 1931).

KOUWER. — Opération césarienne absolument extra-péritonéale (*Gyn. et Obst.*, juin 1929).

KREIS. — Enseignements tirés d'une analyse de cas mortels après césarienne basse conservatrice, (*Gyn. et Obst.*, mai 1931).

KRÖNIG. — Transperitonealer cervicaler Kaiserschnitt (in *Döderlein op. Gyn.*, 1912).

KUSTNER. — Kommen wir mit dem tiefen transperitonealen Kaiserschnitt... (*Monats. für geb und Gyn.*, 1921).

LACOMME et LEPAGE. — Notes sur la gestation et l'accouchement chez les obèses (*Pratique Méd. Française*, décembre 1932).

LANTUEJOUL. — Le segment inférieur (*Leç. jeud. soir Clin. Tarnier*, 1928).

LATZKO. — Ueber extraperitoneale suprasymphysäre Entbindung (*Munch. Med. Wochensch.*, 1909).

DE LEE. — Les nouvelles techniques de l'opération césarienne (*J. Am. Med. Assoc.*, 1919).

DE LEE et CORNELL. — Low cervical caesarean section results in one hundred and forty five cases (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 1922).

LE LORIER. — L'opération césarienne conservatrice après rupture des membranes (*l'Obstétrique*, novembre 1911).

LEMOUSSU. — Les césarienne tardives (*Thèse Paris*, 1908).

LÉOPOLD. — Kaiserschnitt mitt uterusnaht nach Säger (*Zentr. für Gyn.*, 1882).

LEPAGE. — De l'opération césarienne tardive (*Bulletin médical*, 29 mai 1907).

LESTOCQUOY. — In *Thèse Dusart*, Paris, 1867.

LEVRET. — *L'Art des Accouchements*, Paris, 1753.

LEVY-SOLAL, SIMARD et LELOUP. — Intra dermo-réaction par filtrat streptococcique (*C. R. Soc. Biol.*, 1923).

L'HOIR. — Etude critique des différents procédés de césarienne dans la dystocie pelvienne (*Thèse Paris* 1932).

MAGALHAES. — Opération césarienne, indications et technique (*Gyn. et Obst.* 1922).

MAHON. — La suture en un plan de la paroi abdominale après césarienne (*Gyn. et Obst.*, décembre 1933).

MARASSI. — La césarienne supra-symphysaire (*Thèse Paris* 1925).

MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses* (Paris 1681).

MERGER. — L'opération césarienne tardive (*Gyn. et Obst.*, novembre 1933).

MOUCHOTTE. — Contribution à l'étude de l'infection amniotique (*Thèse Paris* 1934).

MULLER. — Ueber den fundaschnit beider sectio caesarea (*Zentr. für Gyn.* 1898).

MUNRO KERR. — Conservative caesarean section by the lower uterine segment incision (*Surg. Gyn. Obst.*, juillet 1926).

PARÉ Ambroise. — De la génération, de la manière de tirer les enfants hors du ventre de la mère tant morts que vivants (*Paris* 1585).

PERADON. — Contribution à l'étude de l'opération césarienne moderne (*Thèse Paris* 1913).

PERRIER. — Contribution à l'étude de la pratique de la césarienne basse (*Thèse Strasbourg* 1923).

PETIT. — La césarienne abdominale dans les cas impurs (*Thèse Paris* 1932).

PETRY. — Critique de la césarienne basse (*Thèse Nancy* 1930).

PHANEUF. — La césarienne supra-symphysaire (*Bruxelles mé-*

dical, mai 1934) et *Société Belge de Gyn. et Obst.* (3 juillet 1926).

PIHAN-DUFEILLAY. — Etude sur les statistiques des opérations césariennes (*Arch. gén. de médecine*, 1861).

PILLORE. — *Gazette des hôpitaux*, 1854.

PINARD. — *Rapport au Congrès d'Amsterdam*, 1899.

— Thérapeutique de la dystocie causée par les viciations pelviennes à la clinique Baudelocque de 1889 à 1907 (*Ann. Gyn. et Obst.* 1907).

— Indication de l'opération césarienne considérée en rapport avec celle de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel (*Ann. de Gynécologie*, t. LII).

PORRO. — Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo (Milan 1876).

PORTES. — Contribution à l'étude du traitement des viciations pelviennes (*Mémoire d'agrégation*, Paris 1926).

POTOCKI. — De l'opération césarienne (*Ann. de Gyn. et Obst.*, 1886).

RADFORD. — *Observation of the caesarean section*, 1880.

REEB. — Contribution à l'étude de la césarienne basse (*Rev. fr. de gyn. et obst.*, avril 1923).

RICHARD. — Césarienne basse après rupture de la poche des eaux. Mise en surveillance de la suture (*Thèse Paris*, 1934).

RISACHER. — L'infection amniotique dans ses rapports avec les opérations césariennes (*Thèse Paris*, 1928).

RITGEN. — *Die anzeig der Mcchan-Hulfen*, 1820.

ROCMANS. — Elimination de cicatrice de césarienne basse (*Bull. Soc. Belge gyn. et obst.*, 1934).

RUBIN. — Le pronostic de l'opération césarienne basse (*Thèse Paris*, 1930).

SÄNGER. — Des Kaiserschnitte bei uterus fibromen nebst vergleichender methodik des section caesarea studien und vorschlage zur verbesserung des Kaiserchnitte (Leipzig, 1882).

— Neue beitrage zur kaiserschnitte frage (*Zentr. für Gyn.*, t. XXVI).

— Kaiserschnitte fragen *Zentral. für Gyn.*, 1890).

SCEMLA. — Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (*Thèse Paris*, 1925).

SCHAUTA. — Discussion über den extraperitonealen kaiserschnitt. *Wien gyn. gesell (Zentral. für Gyn.*, 1909).

SCHICKELE. — Les interventions obstétricales chirurgicales au cours de l'accouchement (*Gyn. et Obst.*, janvier 1920).

— Congrès des obstétriciens de langue française (Paris, 1925).

SELLHEIM. — Der extraperitoneale Uterusschnitt (*Zentral für Gyn.*, 1908).

SMELLIE. — A treatise on the theory and practice of midwifery (Londres, 1752).

SNOECK. — L'épreuve du travail et la césarienne basse. (Brux. Méd., 1927).

SOUYOULDJIS. — Etude statistique sur la basiotripsie (*Thèse Paris*, 1928).

SUREAU. — L'opération césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus (*Thèse Paris*, 1927).

VAUDESCAL. — Conséquences de l'infection amniotique (*Lef. jeud. soir Clin. Tarnier*, 1931).

VALMALE. — Césariennes mutilatrices tardives (*Bull. gyn. et obst.*, Paris, 1925).

WALTHARD. — Ueber die entberlichkeit des abdominalen extra peritonealen kaiserschnittes für die therapie beim engen becken (*Arch. für Gyn.*, 1919).

WALTHARD. — La nouvelle césarienne en cas de physométrie et de fièvre pendant le travail (*Schweiz. med. woch.*, 1922).

WELTON. — Résultats de la césarienne supra symphysaire. (*Am. Journ. of obst. and gyn.*, 1921).

WEYMEERSCH. — Césarienne conservatrice après rupture de la poche des eaux (*Rev. fr. gyn. et obst.*, mars 1920).

WODON. — Procédé simple permettant l'exclusion de la zone opératoire au cours de la césarienne basse (*Rev. fr. gyn. et obst.*, mars 1933).

ZARATE. — Césarienne tardive (*Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, août 1914).

ZWEIFEL. — Ueber extraperitonealen kaiserschnitte (*Zentr. für Gyn.*, 1908).

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                   |    |
|-------------------|----|
| INTRODUCTION..... | 11 |
| HISTORIQUE.....   | 13 |

### PREMIÈRE PARTIE

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CHAPITRE I. — La technique opératoire.....                                                    | 26 |
| — la césarienne transpéritonéale ..                                                           | 26 |
| — la segmento-corporéale.....                                                                 | 28 |
| CHAPITRE II. — Les éléments du pronostic. Les conditions cliniques défavorables.....          | 30 |
| — les interventions tardives pratiquées en l'absence de tout risque spécial surajouté.....    | 31 |
| — Les opérations grevées dès le principe d'un risque particulier.                             | 37 |
| CHAPITRE III. — Les résultats de l'intervention par rapport à ces conditions défavorables ... | 45 |
| CHAPITRE IV. — Etude de la mortalité et de la morbidité                                       | 50 |
| — Mortalité .....                                                                             | 50 |
| — Morbidité .....                                                                             | 61 |

### DEUXIÈME PARTIE

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CHAPITRE I. — Possède-t-on un critère bactériologique qui permette d'améliorer les résultats opératoires ..... | 69 |
| CHAPITRE II. — Les résultats des interventions abdominales autres que la césarienne basse..                    | 74 |

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| — Les différents procédés opératoires..... | 74 |
| — Les résultats.....                       | 91 |

### TROISIÈME PARTIE

|                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| Les résultats des interventions par les voies naturelles .. | 107 |
|-------------------------------------------------------------|-----|

### QUATRIÈME PARTIE

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Comparaison des résultats des diverses interventions. Les indications opératoires..... | 115 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|

### CINQUIÈME PARTIE

Documents justificatifs :

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE I. — Les conditions cliniques défavorables..  | 128 |
| CHAPITRE II. — Mortalité et morbidité post-opératoire. | 146 |
| CONCLUSIONS.....                                       | 153 |
| BIBLIOGRAPHIE.....                                     | 159 |



